



Desorientoituneen potilaan kivun arviointi: kyselytutkimus hoitajien osaamisesta sisätauti- tien vuodeosastolla

Tuukkala, Anna

Pasuri, Noora

2014 Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu
Porvoo

Desorientoituneen potilaan kivun arviointi:
kyselytutkimus hoitajien osaamisesta sisätautien vuode-
osastolla

Anna Tuukkala, Noora Pasuri
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Syyskuu, 2014

Anna Tuukkala, Noora Pasuri

Desorientoituneen potilaan kivun arviointi: kyselytutkimus hoitajien osaamisesta sisätautien vuodeosastolla.

Vuosi	2014	Sivumäärä	46
-------	------	-----------	----

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tutkia sisätautien vuodeosastolla työskentelevien hoitajien osaamista desorientoituneen potilaan kivun arvioinnissa. Opinnäytetyö oli jatkoa samalla osastolla tehdylle kehittämisprojektille, jonka aiheena oli kivun arvioinnin kehittäminen ja kipumittareiden käyttöönotto. Kehittämisprojektin aikana huomasimme tarvetta tutkia ja kehittää juuri desorientoituneiden potilaiden kivun arviointia.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytimme kyselytutkimusta. Kyselytutkimus suoritettiin hoitajien koulutusiltapäivässä, jossa aiheena oli kivun arvioinnin kehittäminen. Vastauksissaan hoitajat toivat esiin desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin kehittämisen tärkeyden. Suurin osa hoitajista ei ollut saanut koko työssäolon aikana koulutusta kyseisestä aiheesta, ja kehittämistarpeena tuotiin esiin koulutuksen lisääminen sekä yhtenäisten käytänteiden laatiminen kivun arvioinnissa. Suurin osa hoitajista koki myös kaipaavansa jonkinlaisia desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin apuvälineitä, kuten esimerkiksi PAINAD-mittarin, kivun arviointia tukemaan. Kukaan vastaajista ei käyttänyt minkäänlaista kivun arvioinnin apuvälinettä arvioidessaan desorientoituneen potilaan kipua.

Kyselytutkimuksen vastauksista voi päätellä, että desorientoituneen potilaan kivun arviointia tulisi kehittää ja koulutusta aiheesta tulisi lisätä. Jotta desorientoituneen potilaan kivun arviointi ja myös kivun hoito paranisivat, tulisi hoitohenkilökuntaa kouluttaa ja tuoda heidän tietoonsa erilaisia kivun arvioinnin apuvälineitä. Olisi myös tärkeää, että työyksiköihin laadittaisiin yhdensuuntaiset kivun arvioinnin ohjeet, jotta kivun arviointi olisi jokaisen potilaan kohdalla yhtä luotettavaa ja todenmukaista.

Asiasanat: desorientoitunut potilas, kipumittari, kivun arviointi

Anna Tuukkala, Noora Pasuri

The pain assessment of a disoriented patient: A survey of nurses' expertise in medical ward.

Year	2014	Pages	46
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to explore the know-how of medical ward nurses assessing the pain of disoriented patients. This thesis was a continuation for a development project conducted in the same ward that sought to improve pain assessment and implement the use of a pain scale. During the development project we observed a need to explore and develop the pain assessment of disoriented patients.

The research method of this thesis was a survey. The survey was done during an education day for nurses. The theme of the day was the development of pain assessment. In their answers, the nurses brought up the importance of developing the pain assessment of disoriented patients. Most of the nurses had never been educated on the subject during their working lives. The nurses brought up the need for more comprehensive education and consistent methods for pain assessment. Most of the nurses also felt that they needed specific tools, such as the PAINAD-scale, to support the pain assessment of disoriented patients. None of the nurses had used any kind of pain assessing tools when assessing the pain of disoriented patients.

According to the results of the survey, the pain assessment of disoriented patients should be improved and education on the topic should be increased. To improve the pain assessment of disoriented patients and therefore also the treatment of pain, nurses should be provided with additional education and information on the different kinds of pain assessment tools. It would also be important to create uniform guidelines in pain assessment for all work units to make pain assessment more reliable and accurate with every patient.

Keywords: disoriented patient, pain scale, pain assessment

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön tarkoitus.....	7
3	Desorientoituneen potilaan hoito sisätautien vuodeosastolla	7
3.1	Desorientoitunut potilas	7
3.2	Sisätautien vuodeosasto toimintaympäristönä	9
3.3	Sairaanhoitajan osaaminen sisätautien vuodeosastolla	9
4	Desorientoituneen potilaan kivun arviointi	11
4.1	Kivun määritelmä	11
4.1.1	Akuutti kipu	13
4.1.2	Krooninen kipu	14
4.1.3	Nosiseptiivinen kipu.....	15
4.1.4	Neuropaattinen kipu	16
4.1.5	Idiopaattinen kipu.....	17
4.2	Desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin erityispiirteet	17
4.3	Desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin apuvälineet	18
5	Opinnäytetyön toteuttaminen.....	20
5.1	Metodin valinta	20
5.2	Kyselylomakkeen laatiminen	21
5.3	Kyselyn toteuttaminen	23
6	Tutkimuksen luotettavuus	24
6.1	Reliabiliteetti ja validiteetti	24
7	Opinnäytetyön tulokset.....	26
7.1	Taustatiedot vastaajista	26
7.2	Desorientoituneen potilaan kivun arviointi hoitajien kokemana	26
7.3	Hoitajien kehittämissuhteita osaston toimintatapoihin desorientoituneen potilaan kivun arvioinnissa	29
8	Pohdinta.....	31
	Lähteet	35
	Liitteet	38

1 Johdanto

Suomessa terveydenhuoltoalan ammattilaiset ja potilaat pitävät hoitajan tekemää kivun arviointia parhaana, minkä vuoksi kipua arvioidaan harvoin apuvälineiden avulla (Hagelberg, Kauppila, Närhi & Salanterä 2006, 83-87). Lisäksi potilaille, jotka eivät kykene itse arvioimaan kipuaan, on kehitetty kivun arviointimittareita yllättävän vähän tarpeesta huolimatta (Salanterä 2006, 40). Tällöin hoitajan on osattava arvioida kipua potilaan kipukäyttäytymisen ja peruselintoimintojen perusteella (Hagelberg ym. 2006, 75-78, 89).

Desorientoituneella potilaalla tarkoitetaan potilasta, joka ei ole tietoinen ajasta ja paikasta (Kokkinen & Maltari-Ventilä 2008, 44). Dementiaoireiden taustalla ovat usein monet sisätautiset sairaudet tai ongelmat (Erkinjuntti, Rinne, Alhainen & Soininen 2001, 207-211). Sisätautien vuodeosastolla hoidossa olevat potilaat ovat usein iäkkäitä ja monisairaita, joiden hoito on usein hoitajan avun varassa. Tajunnan ja kielellisten toimintojen häiriöt ovat heillä yleisiä, ja samanaikaisesti potilaat kärsivät usein kovista ja pitkäaikaisista kiputiloista. Osalla potilaista heidän sisätautinen sairautensa aiheuttaa lopulta kuoleman. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2006, 52-56.) Sisätautien vuodeosastolla kuolevan potilaan hoitotyö vaatii tästä syystä erityistä ammattiosaamista. Tutkimukset osoittavat kuitenkin kuolevien potilaiden kärsivän edelleen kivuista Suomessa. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2004, 19, 363-367.)

Kipu on kärsimystä aiheuttava lääketieteellinen ongelma, joka vaikuttaa ihmisen fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen eheyteen (Kalso & Vainio, 2002, 15). Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan sairaanhoitajan työkuvaan kuuluu kärsimyksen lieventäminen (Sairaanhoitajaliitto 2014). Sairaanhoitajan asiantuntijuuteen vaaditaan näyttöön perustuvan hoitotyön pohjalta rakentuneita teorian tietoja ja jatkuvaa itsensä kouluttamista (Kassara ym. 2004, 22, 32). Toimintaympäristöllä voidaan edistää tai rajoittaa sairaanhoitajan toteuttamaa kivun hoitotyötä. Kivun hoitotyön päätösten lähtökohtana on aina kivun tunnistaminen. Hyvä kivun hoito vaatii yhteisten tavoitteiden asettamista, jolloin samalla myös kivun hoidon laatu paranee. (Kauppila 2006, 26-29.)

Teimme kevään 2014 aikana erään aluesairaalan sisätautien vuodeosastolle kehittämisprojektin kivun arvioinnin parantamiseksi, minkä aikana huomasimme puutteita erityisesti desorientoituneiden potilaiden kivun arvioinnissa. Huomioidemme pohjalta kiinnostuimme tutkimaan kuinka hoitajat itse kokevat osaavansa arvioida kyseisen potilasryhmän kipua. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia hoitajien osaamista desorientoituneen potilaan kivun arvioinnissa aluesairaalan sisätautien vuodeosastolla. Opinnäytetyön toteutamme kvantitatiivisena kyselytutkimuksena osaston henkilökunnan kivun arvioinnin koulutuspäivän yhteydessä huhtikuussa 2014.

2 Opinnäytetyön tarkoitus

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia aluesairaalan sisätautien vuodeosaston hoitajien osaamista desorientoituneen potilaan kivun arvioinnissa.

Opinnäytetyön tarkoituksesta muodostettiin seuraavat tutkimusongelmat:

1. Miten hoitajat arvioivat desorientoituneen potilaan kipua?
2. Mitä osaston toimintatapoja hoitajat kehittäisivät desorientoituneen potilaan kivun arvioinnissa?

Opinnäytetyön tehtävänä on, että kyselytutkimuksesta saatuja tietoja voisi hyödyntää osastolla kivun arvioinnin kehittämisen apuna ja suuntaviivana.

3 Desorientoituneen potilaan hoito sisätautien vuodeosastolla

3.1 Desorientoitunut potilas

Desorientoituneella potilaalla on hämartynt ajan ja paikan taju (Kokkinen & Maltari-Ventilä 2008, 44). Muisti on osa kognitiivisia toimintoja, ja joissakin sairauksissa kognitiivinen häiriö rajoittuu vain muistin alueelle. Häiriöt voivat olla ohimeneviä tai pysyviä. Globaali amnesiassa eli täydellisessä ohimenevässä muistamattomuudessa henkilö ei pysty tallentamaan mitään muistiinsa, mikä johtaa muistamattomuuteen ja desorientaatioon. Tilanne korjaantuu usein viimeistään parin päivän aikana. Amnestinen oireyhtymä tarkoittaa pysyvää asioiden mieleenpainamiskyvyn heikkenemistä. Tätä ilmenee usein kroonisilla alkoholisteilla. Täydellisessä muistin vaurioitumisessa henkilö ei pysty oppimaan tai muistamaan uusia asioita. (Härmä & Granö 2011, 118-119.) Kognitiivisten toimintojen heikkeneminen voi johtua monista yleissairauksista ja niiden mekanismi voi olla paikallinen vaurio, metabolinen häiriö, neurologinen häiriö tai toiminnallinen häiriö. Dementiaoireiden syinä voivat olla kardiovaskulaarisairaudet, metaboliset sairaudet ja elektrolyyttihäiriöt, sisäelinsairaudet, vitamiinipuutokset sekä infektiot ja niiden jälkitilat. (Erkinjuntti ym. 2001, 207-211.)

Dementia on oireyhtymä, johon liittyy muistihäiriöitä sekä henkisen toiminnan ja muiden korkeampien aivotointojen heikentymistä henkilön aikaisempaan tasoon verrattuna.

Dementia voi olla ohimenevää, etenevää tai pysyvää (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2006, 125). Dementiaoireita aiheuttavissa sydän- ja verisuonisairauksissa syinä ovat usein ateroskleroottinen valtimotauti ja vaskuliitit. Metabolisissa sairauksissa esimerkiksi hypotyreoosi,

hypoglykemia ja diabetes voivat aiheuttaa muistihäiriöitä. Sisäelinsairauksista erityisesti maksa-, munuais- ja krooniset keuhkosairaudet voivat heikentää kognitiivisia toimintoja. Myös elektrolyyttihäiriöt, vitamiininpuutokset ja infektiot voivat aiheuttaa muistihäiriöitä. (Erkinjuntti ym. 2001, 207-211.)

Delirium eli äkillinen sekavuustila johtuu elimellisten tekijöiden aiheuttamasta aivojen sekavuustilasta. Deliriumin oireita ovat muun muassa tajunnan, tarkkaavaisuuden ja vireystilan muutokset sekä ajan- ja paikantajun hämärtyminen ja muistihäiriöt. Myös uni-valverytmin ja psykomotorisen aktiivisuuden muutokset ja aistiharhat ovat yleisiä deliriumpotilaalla. (Iivanainen ym. 2006, 632.) Deliriumtila syntyy usein nopeasti, tavallisesti 2-24 tunnin aikana. Sekava henkilö ei pysty keskittymään yhteen asiaan kerralla, ajattelu ei ole järjestelmällistä ja puhe harhailee asiasta toiseen. Oireet voivat vaihdella vuorokauden aikana erilaisista pelkotiloista ja kiihtyneisyydestä lamaantuneeseen käytökseen, ja välillä henkilö saattaa olla myös täysin oireeton. Laukaisevina tekijöinä voi toimia stressi, kipu, univaje, ulkoiset ärsykkeet ja vieras ympäristö. (Huttunen 2013.) Äkillisessä sekavuustilassa on huono ennuste, sillä puolen vuoden sisällä kolmannes potilaista kuolee perussairauksiinsa ja kolmannes joutuu pysyväan laitoshoittoon (Rahkonen, Leppävuori & Erkinjuntti 2014).

Sairaalaan tulevista iäkkäistä potilaista 20-60 %:lla on deliriumtila. Iäkkäillä potilailla deliriumtilaa aiheuttavat hyvin monet eri lääkkeet, joita käytetään sisätautisten sairauksien hoitoon. Monet sisätautiset sairaudet ovat sekavuustilan takana, kuten esimerkiksi tulehdukset, sydän- ja verisuonitaudit, neurologiset sairaudet, metaboliset ongelmat, myrkytykset, syövät, B12-vitamiininpuute, tiamiinin tai niasiinin puute sekä alkoholin ja sedatiivien vieroitusoireet. (Rahkonen ym. 2014.) Esimerkiksi virtsatieinfektiot ovat hyvin yleinen sekavuustilan aiheuttaja ja ikääntyneillä (Tarnanen, Wuorela, Uhari & Kukkonen-Harjula 2011). Ikääntyneen sekavuus voi olla ensimmäinen merkki pyelonefritistä eli virtsanjohtimen, munuaisaltaan tai munuaisen infektiosta (Käypä hoito 2013).

Kuolevan potilaan hoidossa oireettomuus, kivuttomuus, ihmisarvon kunnioittaminen ja läheisten tukeminen ovat keskeisessä asemassa. Kuolevan potilaan ollessa liian väsynyt puhumaan, voi potilas tuoda kipuaan esille kädestä puristamalla, pään liikkeillä, ilmehtimällä sekä itkemällä. Kuolevan potilaan kipu on kokonaisvaltainen ja subjektiivinen kokemus, minkä takia pelkkä kipulääkitys ei aina riitä. Myös psykososiaaliset seikat tulee ottaa huomioon kuolevan potilaan kivun hoidossa. Kuoleva potilas voi tuoda kipuna esiin tuntemuksiaan, muun muassa ahdistusta, pelkoa ja yksinäisyyttä. Myös avuttomuuden tunne, toivottomuus ja voimien väheneminen tuodaan usein ilmi kipuna. Kipu liittyy oleellisesti kuolevan potilaan kokemaan kärsimykseen. (Kassara ym. 2004, 363, 367.)

3.2 Sisätautien vuodeosasto toimintaympäristönä

Sisätautisessa erikoissairaanhoidossa hoitoajat ovat lyhyitä, potilaat ovat hyvin sairaita, tutkimuksia on paljon ja toiminta on vilkasta. Sisätautisen potilaan hoitotyön kautta autetaan, ohjataan ja tuetaan potilasta sekä hänen läheisiään sairaudesta johtuvassa elämäntilanteen muutoksessa ja mahdollisessa kriisissä. Sisätauteja ovat esimerkiksi sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet, keuhkosairaudet, hermoston sairaudet, verisairaudet, umpierityksen sairaudet, ruoansulatuselimistön sairaudet, erityselimistön sairaudet sekä tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet. (Holmia ym. 2006, 52-56.)

Sisätautiset potilaat ovat usein hoitajan avun varassa olevia iäkkäitä ja monisairaita henkilöitä. Sisätautisen potilaan hoidolle ongelmia saattavat aiheuttaa esimerkiksi tajunnan häiriöt, kielellisten toimintojen häiriöt, autonomisuuden hankaloituminen, ahdistus, useat eri pelot, masennus, äkillinen tai pitkäaikainen kipu ja kärsimys. Useat sisätautiset sairaudet saattavat muodostaa uhkan elämän jatkumiselle ja aiheuttaa kuolemanpelkoa. (Holmia ym. 2006, 52-56.) Kipu tai kivun pelko voivat aiheuttaa sekavuutta, desorientoitumista tai tajunnan menetytystä (Mustajoki, Alila, Matilainen & Rasimus 2007, 528). Lääkehoidon tavoitteena on ehkäistä ja poistaa kipua, mutta myös kipulääkkeet saattavat aiheuttaa potilaalle sekavuutta. Esimerkiksi opioidit ovat kaikkein voimakkaimpia kipulääkkeitä, joiden yhtenä haittavaikutuksena on sekavuus. (Iivanainen & Syväoja 2009, 473-474.)

3.3 Sairaanhoidajan osaaminen sisätautien vuodeosastolla

Sairaanhoidajan tehtävänä on auttaa, ohjata ja tukea potilasta terveyteen ja sairauteen liittyvissä toiminnoissa, jos potilaalla ei ole itsellään niihin riittävästi voimaa, tahtoa ja tietoa. Sairaanhoidajalta vaaditaan erilaisten ihmisten hyväksymistä, heidän kanssaan toimeen tulemistä, vastuullisuutta, päätöksen- ja stressinsietokykyä, ongelmanratkaisutaitoja sekä huolellisuutta ja tarkkuutta. Sairaanhoidajan osaaminen perustuu teoreettisiin tietoihin, joita on osattava soveltaa käytännön hoitotyössä. (Kassara ym. 2004, 18.)

Hoitotyön asiantuntijuus vaatii päätöksentekotaitoa sekä tietojen ja taitojen ymmärtämistä ja soveltamista. Sairaanhoidajan asiantuntijuuteen vaaditaan hyvät hoitotyön teoretiset tiedot, vahva taitoperusta, arvoperustan vaikutuksen ymmärtäminen, jatkuvaa itsensä kouluttamista ja käytännön hoitotyön kokemusta. Tietoperusta rakentuu näyttöön perustuvan hoitotyön pohjalta. Näyttöön perustuva hoitotyö on parhaan ajan tasalla olevan tiedon arviointia ja käyttämistä potilaan, potilasryhmän tai väestön terveyttä ja hoitoa koskevassa päätöksenteossa ja toiminnassa. (Kassara ym. 2004, 22, 32). Sairaanhoidajan eettisissä ohjeissa todetaan sairaanhoidajan tehtävistä seuraavaa:

”Sairaanhoitajan tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämäntilanteissa. Sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Ihmisiä hoitaessaan hän pyrkii tukemaan ja lisäämään heidän omia voimavarojaan sekä parantamaan heidän elämänsä laatua” (Sairaanhoitajaliitto, 2014).

Sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa kuvataan sairaanhoitajan työtä ja ammattitaitoa seuraavasti:

”Tekemästään hoitotyöstä sairaanhoitaja vastaa henkilökohtaisesti. Hän arvioi omansa ja muiden pätevyyden ottaessaan itselleen tehtäviä ja jakaessaan niitä muille. Ammatissa toimivan sairaanhoitajan velvollisuutena on jatkuvasti kehittää ammattitaitoaan. Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti” (Sairaanhoitajaliitto, 2014).

Sisätautien vuodeosastolla sairaanhoitajan osaamiseen kuuluvat hoidon tarpeen arviointimenetelmien, hoitomenetelmien, terveyttä edistävien ja ylläpitävien menetelmien sekä hallinnollisten tukijärjestelmien hallinta. Sairaanhoitajan on hoidon tarpeen arviointimenetelmiin ja hoidon suunnitteluun liittyen osattava määritellä ja arvioida potilaan terveydentilassa tapahtuvia muutoksia. Hoitavien menetelmien avulla sairaanhoitaja auttaa potilasta ja hänen läheisiään turvaamalla ja vahvistamalla potilaan fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä, päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja hyvinvointitunnetta erilaisissa elämäntilanteissa. Kuntouttavien menetelmien avulla pyritään palauttamaan taudin tai vamman seurauksena heikentynyt toimintakyky, tukemaan potilaan selviytymistä muuttuneissa elämäntilanteissa ja edistämään päivittäisiin toimintoihin ja sosiaalisiin tapahtumiin osallistumista. Terveyttä edistävillä ja ylläpitävillä toiminnoilla yritetään parantaa ja lievittää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista pahanolontunnetta moniammatillisen yhteistyön avulla. Hoitotyön toimintaedellytyksiin, toteuttamiseen, henkilöstöön ja ympäristöön liittyvät menetelmät käsittävät hallinnolliset tukijärjestelmät. Sisätautien vuodeosastolla kuolevan potilaan hoitotyö vaatii erityistä ammattiosaamista. (Kassara ym. 2004, 19.)

Toimintaympäristö voi edistää tai rajoittaa sairaanhoitajan toteuttamaa kivun hoitotyötä. Tähän vaikuttavat toimintamalli ja henkilöstöresurssit, sillä näiden pohjalta rakentuvat hoitajien tiedot kivusta ja sen hoidosta, mikä taas vaikuttaa käytännön hoitotyöhön. Erikoissairaanhoidon vuodeosastolla hoitotyön määrä on riippuvainen viikonpäivästä, työvuorosta ja päivystykseen tulleiden potilaiden määrästä. Kiire ja hoitajan keskeyttäminen aiheuttavat aina riskin hyvän kivun hoidon toteuttamiselle. Kivun arviointi tulee toteuttaa aina yhtenäisenä hoitotyön toimenä. (Kauppila 2006, 26-29.)

Kivun hoitotyön päätökset perustuvat aina kivun tunnistamiseen. Sairaanhoidajien päätöksentekoon liittyvässä tutkimuksessa on huomattu, että sairaanhoidajat määrittelevät potilaalle useita hoitotyön ongelmia. Lyhyet hoitajaksot vaikeuttavat näiden ongelmien ratkaisua, ja kipuongelma voi saada tällöin liian vähän huomiota. Hyvän kivunhoidon edellytyksenä on moniammatillinen yhteistyö, jossa kaikilla on yhteiset tavoitteet. Hyvä yhteistyö parantaa kivunhoidon laatua ja lyhentää hoitoaikoja sairaalassa. (Kauppila 2006, 26-29.)

Kuolevan potilaan hoidossa kivuttomuus ja oireettomuus ovat keskeisiä tavoitteita. Kipu liittyy kuolevan potilaan kohtaamaan kärsimykseen, joten hoitaja voi lievittää potilaan kärsimystä tehokkaan kivunhoidon avulla. Hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutussuhteessa hoitajan on osattava lukea potilaan kipuviestejä, jos potilas ei kykene itse puhumaan. Esimerkiksi syöpäkipu voi olla fyysistä, psyykkistä, sosiaalista ja hengellistä kipua. Kuolevan kipua hoidettaessa on huomioitava kivun olevan hyvin kokonaisvaltainen ja subjektiivinen kokemus, minkä vuoksi hoitajan tulisi tietää, mitä kipu merkitsee potilaalle ja mitä hän kivullaan viestittää. Kipu voi olla muun muassa yksinäijämisen pelkoa, syyllisyydentunnetta, vaikeutta kohdata kuolemaa ja ahdistuneisuutta. Tutkimusten mukaan kuolevat potilaat kärsivät Suomessa edelleen kivuista. (Kassara ym. 2004, 363-367.)

4 Desorientoituneen potilaan kivun arviointi

4.1 Kivun määritelmä

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdystys IASP määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi ja emotionaaliseksi kokemukseksi, joka on yhteydessä tapahtuneeseen tai mahdolliseen kudosaivaurioon tai jota esitellään kudosaivaurion käsitteillä (Vainio 2009, 17). Kommunikoimaan kykenemättömien potilaiden kivun arviointi on haasteellista ja sen avuksi tarvitaan lisää käytännössä hyödynnettävää tutkimustietoa. Ammattilaisen osaaminen korostuu potilaiden kanssa, jotka eivät itse kykene pitämään puoliaan, sillä hoitajan on osattava antaa luotettavaa ja hyvää kivunhoitoa edistävää apua. (Salanterä 2006, 40.)

Kipu on niin lääketieteellinen ongelma kuin yksi arkielämän peruskokemuksista. Se on ruumiillista ja usein rajoittunut yhteen alueeseen. Vaikka kipu on ruumiillista, voi kärsimys olla täysin henkistä laatua tai johtua jostakin täysin muusta ruumiillisesta tekijästä kuin itse kivusta. Yhdessä kipu ja siitä johtuva kärsimys vaikuttavat suuresti ihmiseen ja koko tämän persoonan sekä sosiaaliseen ja psyykkiseen eheyteen. (Kalso ym. 2002, 15.) Kipu ilmenee normaaliin fysiologisten tapahtumien, sairauksien tai tapaturmien yhteydessä. Esimerkiksi kuukautiset aiheuttavat usein naisille kipua, vaikka kyseessä on kehon normaali fysiologinen toiminta.

Myös erilaiset hoitotoimenpiteet sekä diagnoosivaiheessa tehtävät tutkimukset voivat aiheuttaa kipua, kuten esimerkiksi leikkaus ja injektoiden anto. (Sailo & Vartti, 2000, 24.)

Kipua voidaan kuvata yksilölliseksi epämiellyttäväksi tunteeksi tai tilaksi, jota ei voida verrata toisen ihmisen kokemukseen kivusta. Kipu on kokijalleen aina todellista. Kokonaiskipu muodostuu muustakin kuin vain fyysisestä kivusta, sillä henkilön kipukokemusta muokkaavat yksilölliset tekijät, joihin lukeutuvat psyykinen kipu, aikaisemmat kipukokemukset sekä lapsena opittu malli kivusta ja siihen reagoimisesta. Myös yhteisölliset tekijät muokkaavat kipukokemusta. Yhteisöllisiin tekijöihin kuuluu kulttuurin vaikutus sekä sosiaalinen, hengellinen ja yhteisöllinen kipu. (Sailo & Vartti 2000, 37).

Henkilön kipuun reagointi voidaan jakaa kahteen ryhmään, riippumattomaan, vaistonvaraiseen reagointiin sekä tahdonalaiseen reagointiin. Riippumaton reagointi tarkoittaa esimerkiksi käden vetämistä pois kuumalta liedeltä, kun taas tahdonalainen reagointi pitää sisällään kivun aiheuttajan poistamisen sekä pyrkimyksen oireen hoitamiseen. Koska kiputuntemus on yksilöllistä, mutta myös tahdosta riippumatonta ja opittua, kivunilmaisu on jokaisella ihmisellä kulttuurista riippuen erilaista. Kasvojen ilmeet, ääntely, käytöksen muutos sekä sanat, joilla kipua kuvataan, kuuluvat kulttuurin säätelämään kipukäyttäytymiseen. (Sailo & Vartti 2000, 24.)

Desorientoituneen potilaan kipua voidaan arvioida peruselintoimintojen ja kipukäyttäytymisen pohjalta tai erilaisten kivun arvioinnin apuvälineiden avulla (Hagelberg 2006, 75-78, 89). Kivun arvioinnissa on tärkeää saada monipuolinen kokonaiskuva potilaan kokemasta kivusta. Kivun arvioinnin ongelmana on, että ihmiset reagoivat ja havainnoivat kipua eri tavalla. Tämän takia potilaita ei saa koskaan verrata keskenään, vaikka syy kipuun olisikin sama. Pelkkä potilaan kivun voimakkuuden mittaaminen ei riitä, vaan aina pitäisi ottaa selvää myös kivun laadusta, sijainnista, voimistumisesta ja helpottumisesta. Näiden seikkojen havainnoinnissa on apuna kipusanastot, jotka antavat tietoa kivun affektiivisista ja emotionaalisista puolista ja ovat apuna kivun patofysiologiaa selvitettäessä. Kroonisen kivun havainnointi on hankalampaa, koska tällöin potilaan nonverbaalinen kipukäyttäytyminen vähenee. (Koponen & Sillanpää 2005, 221-222.)

Kivun hoidon tehoa ja vaikuttavuutta arvioitaessa hoidolle tulee asettaa tavoite, jota seurataan järjestelmällisesti. Tavoite on aina potilaskohtainen. Akuuttia kipua hoidettaessa tavoitteena on kivun lieventyminen. Kroonisen kivun kohdalla huomioon tulee ottaa tavoitteita asetettaessa myös potilaan elämäntilanne ja toimintaympäristö. Täydelliseen kivunlievitykseen on lähes mahdotonta päästä kroonisen kivun yhteydessä. Tutkimusten perusteella hyvänä tavoitteena pidetään kuitenkin -30 % lähtötilanteesta. Kivunhoitomenetelmää valittaessa tulee arvioida lääkkeiden aiheuttamat sivuvaikutukset suhteessa kivun lievitykseen, mikä on kes-

keistä esimerkiksi syöpäpotilaita hoidettaessa. Kivun hoito on onnistunutta hoidon ollessa tehokasta. Tätä selvitetään arvioitaessa hoidon vaikutusta, jolloin käytetään samaa kipumittaria kuin hoidon alussa. Samalla huomioidaan muut hoidot ja mahdolliset haittavaikutukset. Hoidon onnistumista tarkastellaan asetettujen tavoitteiden pohjalta. (Hagelberg ym. 2006, 101-103.)

Kipu voi olla akuuttia eli lyhytaikaista tai kroonista eli pitkäaikaista. Akuutissa ja kroonisessa kivussa kivun merkitys, mekanismit, syntytaapa ja hoitokeinot ovat erilaisia. Akuutti kipu johtuu elimellisestä tekijästä, kuten esimerkiksi haavasta tai tulehduksesta, ja se lievenee vaurion parantuessa. Kipu muuttuu krooniseksi, jos kudoksen odotettu paranemisaika pitkittyy yli 3-6 kuukauteen. Sen taustalla saattaa olla keskushermoston kivunsäätelymekanismien vika tai kipuviestin häiriö, johon vaikuttavat niin fyysiset, psyykkiset kuin sosiaalisetkin tekijät. (Vainio A. 2009, 17.) Krooninen kipu voidaan luokitella nosiseptiiviseen eli kudosaivuriokipuun, neuropaattiseen eli hermovauriokipuun ja idiopaattiseen eli mekanismeiltaan tuntemattomaan kipuun (Haanpää 2007).

4.1.1 Akuutti kipu

Akuutin kivun tehtävänä on suojata elimistöä kudosaivurioilta, ja ehkäistä lisäavurioiden syntymistä väistöheijasteen avulla. Akuutin kivun avulla saadaan tietoa lisäksi sairauden diagnosoimista ja hoitoa varten (Iivanainen & Syväoja 2009, 470). Suurien vammojen yhteydessä ihmisen huomio kiinnittyy eloonjäämiseen, jolloin kivut ilmestyvät vasta, kun vammautunut on muuten turvassa. Elimistöllä on myös muita välittömiä puolustustehtäviä, sillä se esimerkiksi kompensoi vitaalielintoimintoja neurohumoraalisten vasteiden avulla akuutin, voimakkaan kivun aikana. Kipu vaikuttaa myös hengitykseen, hapetukseen, nesteen kerääntymiseen, hormonaalisiin toimintoihin ja ruoansulatuskanavan toimintaan. Akuutin kivun patofysiologia on tiedossa, joten sitä voidaan hoitaa tehokkaasti. Hyvän kivunlievityksen ja kudosaivurion paranemisen myötä akuutti kipu väistyy usein päivien tai viikkojen kuluessa. (Kalso, Haanpää & Vainio 2009, 105-106.)

Fyysinen kipu muodostuu elimistön sisäisestä tai ulkoisesta tekijästä aiheutuvasta kudosaivuriosta tai sen vaarasta. Vaurioituneesta kudoksesta vapautuu kipua välittäviä eli algogeenisiä aineita, jotka aiheuttavat kipureseptoreissa ärsytysreaktion. Kudoksessa turvotusta ja kipua aiheuttavat kudosaivurion aktivoimat kivunvälittäjäaineet, joita ovat muun muassa bradykiniini, kallidiini, leukotrieni ja prostaglandiinit. Elimistön kipureseptorien eli nosiseptorien vastatessa kipuärsykkeeseen, muuttuu kudosaivuriosta aiheutuva energia hermoimpulsseiksi, jotka siirtyvät selkäytimen ja aivojen kipukeskuksiin. (Sailo & Vartti 2000, 32.)

Kipua aiheuttavat mekaaniset, kemialliset ja termiset ärsykkeet. Nämä vaikuttavat kipureseptoreihin, jotka ovat vapaita hermopäätteitä. Kipureseptoreita on niin iholla kuin sisäelimissäkin, mutta maksakudoksessa, munuaisissa, keuhkoissa ja aivoissa sekä rustokudoksessa ja tiiviissä luussa kipureseptoreita on vain vähän tai ei ollenkaan. Näitä elimiä ympäröivät kuitenkin kalvot, muun muassa vatsakalvo ja keuhkopussi, joissa on paljon kipureseptoreita. Ulkoapäin aiheutuva kipu ei normaalisti jää huomaamatta, kun taas elimistä itsestään alkava tauti voi pysyä kauankin oireettomana ennen kuin se leviää elintä ympäröivään kalvoon. Kipua voi tuntea vahingoittuneen alueen lisäksi myös sen ympäristössä. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkqvist 2009, 483.)

Akuuttia kipua ei voi arvioida pelkästään mittaamalla peruselintoimintoja, koska tämä on hyvin epävarmaa. Akuutin kivun aiheuttamat muutokset elintoiminnoissa muodostavat kuitenkin fysiologisen arvioinnin perustan. Hoitamaton akuutti kipu aiheuttaa muutoksia sydän- ja verenkiertoelimistössä, sillä esimerkiksi sydämen syke ja verenpaine nousevat. Kivun vaikutuksia hengityselimistön toiminnassa ovat esimerkiksi hengitystaajuuden nouseminen ja liman kertyminen sekä hapetuksen ja keuhkotuuletuksen heikkeneminen. Akuutin kivun vaikutukset ulottuvat lisäksi ruuansulatuskanavan ja aineenvaihdunnan toimintaan. Kipu vaikuttaa myös laajasti hormonitoimintaan, jolloin esimerkiksi verensokeri ja stressihormonitaso nousevat. Hoitamaton akuutti kipu johtaa usein toipumisen hidastumiseen ja kivun pitkittymiseen. (Hagelberg ym. 2006, 75-78.)

4.1.2 Krooninen kipu

Kroonisella kivulla tarkoitetaan kipua, joka kestää vähintään kolmesta kuuteen kuukauteen. Se voidaan määritellä myös kipuna, joka kestää kudoksen odotettua paranemisaikaa kauemmin. Erilaisissa kiputiloissa kivun pitkittymisen tavat esiintyvät erilailla. (Kalso ym. 2009, 106.) Krooninen kipu jaetaan nosiseptiiviseen, neuropaattiseen ja idiopaattiseen kipuun (Iivainen & Syväoja 2009, 470).

Uhkaavan kudosaaurion signaali kulkeutuu kudoksesta selkäydintä pitkin aivoihin. Matkan aikana tämä signaali aktivoi kipuviestiä vahvistavia järjestelmiä (eksitaatio) ja kipua vaimentavia jarrujärjestelmiä (inhibitio). Lopullisen kipuviestin voimakkuus määräytyy näiden kahden järjestelmän tasapainon perusteella. Selkäytimen takasarvessa on kipua vaimentavia välineuroneja, jotka aktivoituessaan heikentävät kipuviestiä. Ydinjatkoksesta selkäytimeen kulkevien laskevien jarruratojen välittäjäaineina toimivat muun muassa noradrenaliini, serotoniini ja endrogeeniset opioidit. Laskevien jarruratojen toimintakyky voi laskea, jos välittäjäaineita ei ole tarpeeksi tai hermoradat ovat vaurioituneet. Esimerkiksi fibromyalgiasta johtuvan kivun uskotaan olevan yhteydessä jarruratojen toimintahäiriöön. (Kalso ym. 2009, 106-115.)

Selkäytimen takasarvi toimii ensimmäisenä muunteluasemana kipuviestin kulkeutuessa ääreishermostosta keskushermostoon. Kudoksen ärsykkeen ollessa tarpeeksi voimakas, aktivoituu NMDA-reseptori selkäyttimeen saapuvan impulssin johdosta. NMDA-reseptori herkistää viestinsiirrossa seuraavan solun, vaikka kudoksesta saapuva ärsyke ei muuttuisikaan. Tällöin selkäytimestä aivoihin viestiä vievässä solussa säilyy jatkuvasti voimistuva vaste. Elimistön omat morfiinin kaltaiset välittäjäaineet eivät saa vaimennettua NMDA-reseptorin aiheuttavaa aktiivaatiota kipuviestistä siirtävässä solussa. Samalla kyseinen reseptori aktivoi myös kipuviestistä vahvistavia välittäjäaineita tuottavia geenejä. Solun liiallinen aktivoituminen voi johtaa solun tuhoutumiseen. Selkäytimessä sijaitsevat, kipuviestistä vaimentavat jarrusolut ovat erityisen alttiita tuhoutumaan. Selkäyttimeen saapuva kipuviesti saa aikaan myös muutoksia selkäytimestä lihaksiin vievissä hermoissa (motoneuronit). Hermojen stimulointi saa lihakset supistumaan, mikä aiheuttaa potilaalle kipua. (Kalso ym. 2009, 107.)

Monimuuttujatutkimuksilla on yritetty saada selville riskitekijöitä, jotka aiheuttavat kroonista kipua. Näitä ovat esimerkiksi kudoksen laatu ja psykososiaaliset riskitekijät. Myös geeneillä uskotaan olevan vaikutusta. Viime vuosina on kiinnitetty huomiota erityisesti tiettyihin kandidaattigeeneihin, joiden mutaatiot vaikuttavat kivun pitkittymiseen. Kivun pitkittyessä vaurioitunut kudos herkistyy kipuärsykkeille. Ajatuksilla ja tunteilla on oppimistapahtumien lisäksi vahvistava vaikutus kroonisessa kivussa. Toistuva kipuviesti saattaa myös voimistaa ja nopeuttaa kipuvastetta, koska aivojen alueella tapahtuu muutoksia. Tällöin esimerkiksi jatkuva kivun ajattelu saa aikaan kipuaistimuksen, vaikka kudoksessa ei olisi lainkaan kipua laukaisevaa ärsykettä. Kivun kokemiseen ja ilmaisuun vaikuttavat kipuun liittyvät käsitykset, emotionaaliset tekijät, vuorovaikutus ympäristöön ja muihin ihmisiin, kivuntulkinnat ja aiemmat kokemukset. Kivun kokemiseen ja ilmaisuun liittyvät opitut mallit vahvistavat kroonista kipua. Kivun aiheuttama pelko, ahdistus, unettomuus ja masennus ovat riskitekijöitä kivun kroonistumiselle. Tilanne voi aiheuttaa kierteen, sillä univajeesta kärsivä ihminen kokee kivun kovempaan ja keskittymiskyky kärsii. (Kalso ym. 2009, 109-115.)

4.1.3 Nosiseptiivinen kipu

Nosiseptiivinen kipu syntyy kipuhermopäätteiden reagoidessa voimakkaaseen kipuvaurion aiheuttavaan tekijään. Nosiseptiivinen kipu eli kudoksen vauriosta johtuva kipu jaetaan somaattiseen ja viskeraaliseen kipuun. Somaattista kipua on esimerkiksi lihas-, iho-, luusto- ja sidekudospipu. Viskeraalisella kivulla taas tarkoitetaan sisäelinkipua. Tavallisimpia nosiseptiivisen kivun aiheuttajia ovat tulehdukset, kasvaimet ja iskemiat. (Sailo & Vartti 2000, 32.)

Viskeraalinen kipu syntyy, kun sisäelimiä hermottavat, autonomiseen hermostoon kuuluvat, tuovat hermosäikeet, aktivoituvat. Se on vaikeasti paikannettavissa, koska kipu tuntuu paljon laajemmalla alueella kuin pelkässä elimessä, josta kipu on lähtöisin. Jokaisella elimellä on

tyypilliset alueet, joihin kipu voi säteillä. Tästä johtuen viskeraalinen kipu voi ilmetä kauko-kipuna, jolloin kipu tuntuu esimerkiksi iholla. Autonominen hermosto reagoi sisäelinkipuun aiheuttamalla autonomisen hermoston säätelemiä oireita. Näitä ovat kalpeus, hikoilu, pahoinvointi ja sydämen tykytys. (Sailo & Vartti 2000, 33.)

Hallitsematon perustauti voi johtaa kudonsvauriosta johtuvaan pitkäaikaiseen kipuun. Nivelreuma on hyvä esimerkki tällaisesta tilanteesta. Tulehduksen yhteydessä useat eri järjestelmät aktivoituvat vähentäen tulehdusta ja jarruttaen samalla kipuviestiä. Kipua lievittävät välittäjäaineet voivat myös rauhoittaa tulehdusta. Tällöin aivorungosta selkäyttimeen laskeutuvat, kipua estävät, radat aktivoituvat ja kipu vähenee. Myös ääreiskudoksesta selkäyttimeen kipuviestiä tuovan hermon takajuurigangliossa käynnistyy kipua vaimentavien peptidien tuotanto. Takajuuriganglio tuottaa myös opioidireseptoreja, jolloin tulehduksoluista vapautuvien morfiinin kaltaisten aineiden kipua lieventävät vaikutukset välittyvät eteenpäin. Toisaalta taas pitkäaikainen tulehdus saattaa aiheuttaa muutoksia takajuurigangliossa, jolloin erilaiset geenit aktivoituvat ja alkavat tuottaa kipua lisääviä välittäjäaineita. Tulehdustila stimuloi siis erilaisia järjestelmiä kivun lievittämiseksi. Pitkittynyt kipu voi johtua endogeenisen puolustusjärjestelmän puutteellisesta toiminnasta. (Kalso ym. 2009, 106-108.)

4.1.4 Neuropaattinen kipu

Neuropaattinen kipu johtuu hermovauriosta, joka voi syntyä esimerkiksi hammashoidon komplikaationa tai vaikkapa kasvaimen painaessa hermoa. Neuropaattinen kipu voi ilmentyä pistelyinä, viiltelyinä ja poltteluna, joiden lisäksi siihen voi liittyä myös äkillisiä kipukohtauksia. Hermovauriot jaotellaan muun muassa mononeuropatiaan ja polyneuropatiaan. (Sailo & Vartti 2000, 33.) Hermovauriosta johtuvat kivun mekanismit vaihtelevat suuresti, vaikkakin niissä voi olla myös samoja osatekijöitä kuin nosiseptiivisessä kivussa. Hermoston osan vaurio tekee kipuviestiä johtaviin ratoihin pysyviä muutoksia, jolloin esimerkiksi tavallinenkin kosketus saattaa aiheuttaa kipua. Hermovaurion yhteydessä selkäytimen takajuuressa sijaitsevat hermot voivat lisääntyä selkäytimessä tavallista laajemmalle alueelle, jolloin ne alkavat muistuttaa kipua välittäviä hermoja. Tämä johtuu niiden ominaisuuksien muuttumisesta. Pitkään kestävä ärsytys johtaa selkäytimen takasarven hermosolun viestejä vastaanottavan alueen laajenemiseen. Tällöin aiemmin normaalisti tunteva alue herkistyy ja ylittää tietyn selkäydinhermon vastualueet, mikä tekee tavallisen kosketuksen kipeän tuntuiseksi. Endogeenisen puolustusjärjestelmän toimiessa huonosti ovat hermovaurioihin liittyvät kiputilat erityisen hankalia. (Kalso ym. 2009, 106-115.)

4.1.5 Idiopaattinen kipu

Idiopaattinen kipu ei aiheudu kudos- tai hermovauriosta. Idiopaattista kipua voidaan kutsua myös psykogeeniseksi kivuksi, ja siihen liittyy usein ahdistusta ja levottomuutta. Idiopaattisen kivun kriteereinä ovat muun muassa, että kipu on vaivannut potilasta vähintään kuusi kuukautta ja tutkimuksista huolimatta kivulle ei ole löytynyt somaattista syytä. Kipuoireet ovat yleisimpiä masennusta sairastavilla henkilöillä. (Sailo & Vartti 2000, 33.) Masennus ja kipu ovat tutkimusten mukaan yhteydessä toisiinsa, sillä kipu lisää masennuksen vaikeusastetta ja sen kestoa. Masennus taas laskee kroonisesta kivusta paranemisen ennustetta, mikä vaikeuttaa kivunhoitoa ja kuntoutusta. Työpaikan, perheen ja terveydenhuollon ammattilaisten suhtautumisella potilaan kipuun on myös merkitystä, jotta kipu ei kroonistu. (Kalso ym. 2009, 106-115.)

4.2 Desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin erityispiirteet

Akuuttia kipua ei voi arvioida pelkästään mittaamalla peruselintoimintoja, koska tämä on hyvin epävarmaa. Akuutin kivun aiheuttamat muutokset elintoiminnoissa muodostavat kuitenkin fysiologisen arvioinnin perustan. Hoitamaton akuutti kipu aiheuttaa muutoksia sydän- ja verenkiertoelimistössä, sillä sydämen syke, verenpaine, sydänlihaksen hapenkulutus sekä rytmihäiriöiden- ja laskimotukosten riski nousevat. Kivun vaikutuksia hengityselimistön toiminnassa ovat hengitystaajuuden nouseminen, liman kertyminen, vaikeutunut yskiminen ja keuhkokuumeen riskin kasvaminen. Hengityksen kertatilavuus sekä hapetus ja keuhkotuuletus taas puolestaan heikentyvät. Akuutin kivun vaikutukset ulottuvat lisäksi ruuansulatuskanavan ja aineenvaihdunnan toimintaan, sillä mahalaukku ei tyhjene, suoli ei toimi normaalisti ja virtsan tulo vähenee. Kipu vaikuttaa myös laajasti hormonitoimintaan, jolloin esimerkiksi verensokeri ja stressihormonitaso nousevat. Hoitamaton akuutti kipu johtaa usein toipumisen hidastumiseen ja kivun pitkittymiseen. (Hagelberg ym. 2006, 75-78.)

Kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kivun arviointiin on tehty erilaisia mittareita, jotka arvioivat yleensä fysiologisia muutoksia, ilmeitä ja eleitä. Lisäksi jatkuvasti kehitetään uusia mittareita näihin tarpeisiin. Kipua arvioidaan myös käyttäytymisen pohjalta. Tätä käytetään usein kommunikointiin kykenemättömän potilaan kohdalla ja sen uskotaan olevan fysiologisia tekijöitä luotettavampi arviointikeino. (Hagelberg ym. 2006, 75-78, 89.) Yleisimpiä potilasryhmiä, jotka eivät kykene arvioimaan kipuaan ovat muun muassa muistisairaapotilaat sekä potilaat, joiden tajunnantaso on laskenut tai jotka ovat sekavia (Iivanainen ym. 2006, 471).

Tarkkailemalla kasvojen ilmeitä, eleitä, itkua, kyyneleitä, kehon asentoa, suhtautumista kehoon ja raajojen liikkeitä pystytään arvioimaan kipua. Potilaan taantuminen, hermostunei-

suus, kehon suojaaminen ja ahdistus voivat myös olla merkkejä kivusta. Jännittynyt vartalo, paikallaan oleminen ja hitaat, levottomat tai jäykät liikkeet voivat kertoa potilaan kokemasta kivusta. Kivulias ihminen voi myös suojata kipeää kehonosaa kädellä tai viemällä käden lähelle kivun lähdettä. Joskus kivut johtavat tilanteeseen, jolloin kivulias potilas on jo niin voimaton, ettei reagoi kipuun enää lainkaan. (Hagelberg ym. 2006, 75-78.) Muita kivusta kertovia tekijöitä ovat kulmakarvojen rypistäminen, suun mutristaminen, sierainten laajeneminen, tiukasti kiinni puristetut silmät sekä kireä suun ympärys. Jos potilas kärsii kovasta kivusta, voi hän olla kalpea ja kylmänhikinen ja hänen hengityksensä voi muuttua pinnalliseksi ja epä-säännölliseksi. (Iivanainen & Syväoja 2009, 471.) Lisäksi otsarypyt, valittelu, huokailu, ähkeminen, käsien nyrkkiin puristaminen, pahoinvointi, kosketusarkuus ja laajentuneet pupillit voivat olla kivun merkkejä. Psykkiset tekijät, kuten pelokkuus, hermostuneisuus, levottomuus ja ahdistuneisuus, auttavat myös tunnistamaan kivun. (Hagelberg ym. 2006, 90.)

Potilaan kuvaillessa kipua tulisi hoitajan huomioida muun muassa potilaan tapa ja sävy puhua kivusta, mikä kertoo kivun merkityksestä ja vaikutuksesta potilaan elämään (Sailo & Vartti 2000, 99). Taantunut, lapsellinen, ahdistunut, hermostunut, eristäytyvä tai kiivas käytös saattaa olla potilaan tapa viestiä kokemaansa kipua. Kivun arvioinnissa olisikin tärkeää tuntea potilaan normaali käyttäytyminen. Kipukäyttäytyminen voi samalla joko lisätä tai vähentää kipua. Tämän vuoksi potilaalle tulisi opettaa itsensä tarkkailemista kivun yhteydessä. Kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kipua arvioitaessa on otettava huomioon myös mahdolliset hoidot tai vaivat, jotka voivat saada aikaan kipua. (Hagelberg ym. 2006, 75-78, 83-90.)

4.3 Desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin apuvälineet

Hoitajan on kyettävä tunnistamaan potilaat, joille kivun arvioiminen voi olla vaikeaa tai jotka eivät kykene syystä tai toisesta arvioimaan kipuaan ollenkaan (Koponen & Sillanpää 2005, 221). Valittu kipumittari tulee kirjata asiakirjoihin ja jatkossa tulee käyttää aina samaa mittaria kyseisen potilaan kohdalla. Kipua pitäisi arvioida levossa, liikkeessä, lievimmillään ja pahimmillaan. Kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kivun arviointiin on tehty erilaisia mittareita, jotka arvioivat yleensä fysiologisia muutoksia, ilmeitä ja eleitä. Uusia kipumittareita kehitetään jatkuvasti lisää näihin tarpeisiin. Kipua arvioidaan myös käyttäytymisen pohjalta. (Hagelberg ym. 2006, 75-78, 83-89). Tällä hetkellä kivun arviointimittareita on kuitenkin kehitetty yllättävän vähän, vaikka se olisi hyvin tarpeellista (Salanterä 2006, 40).

PAINAD eli Pain Assessment in Advances Dementia scale-kipumittari on kehitetty muistisairaudesta kärsivien kivun arviointiin (Horgans & Miller 2008, 63). Zwakhalenin ja tutkimusryhmän tekemän systemaattisen kirjallisuuskatsauksen perusteella PAINAD-mittari oli yksi kehityskelpoisimmista kivun arviointimittareista vaikeaa dementiaa sairastavien henkilöiden kivun arvioimiseksi käyttäytymisen perusteella (Salanterä 2006, 39). Tarkoituksena on havainnoida kommunikointiin kykenemätöntä henkilöä viiden minuutin ajan, jolloin kipua arvioidaan pis-

teillä. Kokonaispistemäärissä nolla vastaa kivutonta ja kymmenen voimakkainta kipua (Rintala, Tantt & Ukkonen 2010, 23; Määttä & Kankkunen 2009, 292). PAINAD-kipumittari on osoittautunut sopivaksi, helppokäyttöiseksi ja luotettavaksi kipumittariksi muistisairaiden kivun arvioinnissa (Määttä & Kankkunen 2009, 285). Kansainvälisissä tutkimuksissa PAINAD-mittarin käytöstä on saatu hyviä tuloksia, sillä sen on todettu auttavan hoitohenkilökuntaa tunnistamaan kivuliaat potilaat, jotka eivät itse pysty ilmaisemaan kipuaan. Tutkimuksissa huomattiin, että hoitajien ollessa varmempia kivun esiintyvyydestä, he kokivat myös kivun hoidon lääkkeiden avulla paremmin perustelluksi. PAINAD-mittarin käytön on koettu lisäksi olevan helppoa ja vievän vähän aikaa. (Hutchison, Tucker, Kim & Gilder 2006, 329.) PAINAD-mittarin on huomattu helpottavan kivun kirjaamista erityisesti potilaan stressitilojen aikana. Säännöllisellä PAINAD-mittarin käytöllä on kyetty arvioimaan myös kroonista kipua. (Björkman, Palviainen, Laurila & Tilvis 2007, 251.)

Kipuanalyysin avulla voidaan tutkia kivun luonnetta. Kipupiiirroksen avulla saadaan tietoa kivun laadusta, sijainnista ja esiintyvyydestä. Laatua arvioidaan kipusanoilla, joiden pohjalta voidaan saada selville kivun takana oleva syy. Kipuanalyysiin kuuluvaan kipupiiirroksen potilas voi paikantaa itse kipunsa sijainnin. Kivun esiintyvyyden yhteydessä kartoitetaan kivun intensiteettiä ja intervallia, tapahtumia ennen kivun alkamista, aiempia kipukokemuksia ja potilaan terveydentilaa sekä käytettyä kipulääkitystä ja sen tehoa. (Iivanainen & Syväoja 2009, 471-472.)

Kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kivun arviointiin on kehitetty muun muassa Behavioural Pain Scale eli BPS-mittari ja Adult Nonverbal Pain Scale eli NVPS-mittari. Esimerkiksi BPS-mittari keskittyy arvioimaan kipua potilaan kasvojen ilmeiden, yläraajojen liikkeiden ja hengityskoneeseen sopeutumisen perusteella. (Salanterä 2010, 4.)

Lapsia varten on kehitetty kasvokipumittari, jossa kivun voimakkuutta kuvataan viiden eri ilmeen avulla (Vainio 2004, 40). Ikääntyneiden kipua on tutkittu viiden erilaisen kipumittarin avulla, mikä kipumittari kuvastaa parhaiten heidän kipunsa voimakkuutta. Samalla selvitettiin vaikuttaako alentunut kognitiivinen taso kipumittareiden valintaan ja käyttöön. Kasvokipumittarin avulla ikääntyneet kokivat pystyvänsä arvioimaan tarpeeksi hyvin kokemaansa kipua. (Salanterä, Hovi & Routasalo 2000, 20-22.)

5 Opinnäytetyön toteuttaminen

5.1 Metodin valinta

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta kutsutaan myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Kvantitatiivisella tutkimuksella selvitetään kysymyksiä, jotka liittyvät lukumääriin ja prosenttiosuuksiin. Kvantitatiivinen tutkimus edellyttää riittävän suurta ja edustavaa otosta. Useimmiten aineistonkeruussa käytetään standardoituja tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Asiat kuvataan numeerisilla suureilla ja tuloksia havainnollistetaan taulukoin tai kuvioin. Kyseisellä tutkimusmenetelmällä selvitetään usein myös eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Kvantitatiivisella tutkimuksella saadaan yleensä kartoitettua nykytilanne, mutta ei pystytä selvittämään riittävän hyvin asioiden syitä. Kvantitatiivista tutkimusta tehdessä itse kerättävissä aineistoissa tutkijan on päättävä tutkimusongelman perustella tutkimuksen kohderyhmä ja tilanteeseen sopiva tiedonkeruumenetelmä (Heikkilä 2008, 16, 18). Kyselylomakkeen laatiminen on tutkimuksen onnistumisen kannalta kriittistä, sillä sen pitää olla sisällöltään tutkittavaa aihetta kattavasti mittaava sekä tarpeeksi täsmällinen. Kyselylomakkeen perustana tulisikin olla riittävän kattava ja luotettava kirjallisuuskatsaus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 87.)

Kyselylomakkeiden avulla voidaan kerätä tietoa muun muassa tosiasioista, käyttäytymisestä ja toiminnasta, arvoista, asenteista, tiedoista tai mielipiteistä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 197). Kyselytutkimuksen hyötynä on, että sen avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto. Kyselytutkimukseen voidaan saada paljon vastaajia ja sen avulla voidaan myös kysyä monia asioita. Kyselylomake säästää myös tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Myös aikataulutusta ja kustannukset pystytään arvioimaan melko tarkasti. Kyselylomakkeella kerättävän tiedon käsittelyyn on kehitetty myös tilastolliset analyysitavat ja raportointimuodot, joten tutkijan ei itse tarvitse kehitellä uusia aineistojen analyysitapoja. Tulosten tulkinta voi kuitenkin olla ongelmallista. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselytutkimuksen suorittamisella on myös haittansa. Useimmiten aineistoa pidetään pinnallisena ja tällä menetelmällä tehtyjä tutkimuksia vaatimattomina. Kyselytutkimuksella ei saada myöskään varmuutta ovatko vastaajat vastanneet huolellisesti ja rehellisesti, eikä voida olla ennakkoon varmoja ovatko annetut vastausvaihtoehdot olleet onnistuneita vastaajien näkökulmasta. Tutkija ei myöskään tiedä, kuinka selvillä vastaajat ovat oikeasti kysyttävästä aihealueesta. Vastaamattomuus nousee myös joissakin tapauksissa suureksi. Hyvän kyselylomakkeen laatiminen vie tutkijalta paljon aikaa sekä tietoa ja taitoa. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kyselylomakkeesta puhutaan myös käsitteellä ”mittausväline”. Kyselylomakkeen eli mittausvälineen laatiminen alkaa sillä, että tutkija määrittelee tutkimuksessa käytettävät käsitteet.

Käsitteet on rajattava ja niille on annettava teoreettiset määritelmät, jotka siis perustuvat olemassa olevaan tietoon. Ilman käsitteiden määrittelyä niitä ei voi täsmentää eikä rajata. Käsitteet tulee määritellä huolellisen käsiteanalyysin avulla, jolloin esitetään peruskäsitteet ja niiden suhteet valitussa teoriakontekstissa. Myös käsitteiden keskinäiset suhteet täytyy määritellä. Nämä teoreettiset käsitteet muutetaan mitattavaan muotoon, jolloin tutkija purkaa teoreettisen käsitteen muuttujiksi, joilla tutkimusilmiötä voidaan mitata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 87.)

Strukturoiduissa kyselylomakkeissa kysymysten järjestys sekä sisältö ovat samat kaikille kyselyyn osallistujille. Tämä menetelmä on tutkijalle tehokas, sillä aineisto saadaan nopeasti tallennettavaan muotoon ja vastaukset ovat helposti analysoitavia. Menetelmä onkin tutkijan aikaa säästävä. Kyselylomake ei saa olla liian pitkä, ettei vastausten luotettavuus kärsi. Vastaamiseen ei saisi kulua yli 15 minuuttia. Kyselytutkimuksen voi toteuttaa paperiversiona, sähköisenä kyselynä tai puhelimitse tehtävänä haastattelukyselynä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 88.)

5.2 Kyselylomakkeen laatiminen

Kyselylomakkeen laatiminen etenee seuraavasti: ensin tutkija määrittelee, mitä tietoja haluaa kerätä, minkä jälkeen valitaan tutkimuksessa käytettävä aineistonkeruumenetelmä. Seuraavaksi päätetään taustamuuttujat sekä yksittäisten kysymysten sisältö ja kysymysten rakenne. Valitaan mitta-asteikko ja määritellään sanamuoto sekä tarkistetaan kyselyn kattavuus. Tutkijan tulee myös varmistaa kontrollikysymysten avulla annettujen vastausten luotettavuus sekä se, ettei kyselylomake ole liian pitkä. Myös kysymysten järjestys tulee määritellä: helpot kysymykset tulevat alkuun ja vaikeat tai arkaluonteisemmat kysymykset tulevat kyselylomakkeen loppuun. Viimeiseksi suunnitellaan kyselylomakkeen ulkoasu sekä esitestataan kyselylomake. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 88-89.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomake on laadittu niin, että kysymykset perustuvat tutkittuun tietoon ja kirjallisuuteen. Kokosimme kysymyksiä, joihin halusimme saada vastauksen ja rajasimme kysymysten määrää niin, että kyselyyn vastaamiseen kuluisi noin 10 minuuttia aikaa. Kyselylomakkeen kysymykset voidaan muotoilla usealla eri tavalla. Yleisimpiä ovat avoimet kysymykset, monivalintakysymykset ja asteikkoihin eli skaaloihin perustuvat väitteet. (Hirsjärvi ym. 2009, 198-199.) Käytämme opinnäytetyössämme avoimia sekä monivalintakysymyksiä. Avoimessa kysymyksessä esitetään vain kysymys ja jätetään tyhjää tilaa vastaukselle. Monivalintakysymykseen tutkija on laatinut valmiit, numeroidut vastausvaihtoehdot, joista vastaaja ruksaa tai rengastaa yhden tai useamman vastausvaihtoehdon. Monivalintakysymyksen voi myös laatia niin, että yhtenä vastausvaihtoehtona on ”muu, mikä” ja tähän jätetty vastajalle tilaa vastata. Tällöin kysymys on avoimen ja strukturoidun kysymyksen välimuoto, ja sen

avulla ajatellaan saatavan sellaisia näkökulmia, joita tutkija itse ei ole etukäteen osannut ajatella. (Hirsjärvi ym. 2009, 199.)

Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa on kolme osaa. Ensimmäisessä osassa kartoitamme taustamuuttujia eli vastaajien ikää, koulutusta, työkokemusta vuosina ja sitä, kuinka kauan he ovat työskennelleet kyseisessä organisaatiossa. Toisessa osiossa on yhdeksän strukturoitua kysymystä, jotka kartoittavat hoitajien desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin osaamista. Yksi näistä kysymyksistä on kaksiosainen, jonka ensimmäinen osa on strukturoitu kysymys ja toinen osa on tätä tarkentava avoin kysymys. Kyselylomakkeen kolmannessa eli viimeisessä osassa on kolme avointa kysymystä, joihin vastaajien on vastattava lyhyesti, kuinka he itse arvioivat desorientoituneen potilaan kipua ja mitkä seikat kertovat desorientoituneen potilaan olevan kivulias. Viimeisessä avoimessa kysymyksessä selvitetään löytävätkö hoitajat työyksiköstään kehittämiskohteita desorientoituneen potilaan kivun arviointia koskien. Tässä kysymyksessä hoitajilla on mahdollisuus tuoda esiin kehittämiskohteita ja -ehdotuksia. (Liite 1. Muuttujaluettelo)

Kyselylomakkeen valmistelussa tulisi käyttää apuna esitutkimusta eli niin sanottua pilottitutkimusta, jonka avulla voidaan tarkistaa monia näkökohtia ja korjata kysymysten muotoilua varsinaista tutkimusta varten. Kyselylomakkeen kokeilu on välttämätöntä. (Hirsjärvi, 2009, 204.) Alustavasti meillä on tiedossa, että koulutusiltapäivään on osallistumassa noin 20 hoitajaa. Esitestaajia tulee olla 10 % vastaajien määrästä, meidän tapauksessamme kaksi henkilöä. Molemmat esitestaajista ovat sairaanhoitajia, joista toinen työskentelee päivystyspoliklinikalla ja toinen kehitysvammaisten parissa. Keskustelemalla joidenkin kyselyn kohderyhmään kuuluvien kanssa voi tutkija löytää tutkittavaan aiheeseen selittäviä tekijöitä. Tutkija voi saada myös hyödyllistä tietoa täsmentämään kyselylomakkeen kysymysten sisältöä ja muotoa. (Heikkilä, 2008, 22.)

Esitestauksessa ilmeni, että kyselyyn vastaaminen vei ainoastaan viisi minuuttia. Kohtaan yhdeksän esitestaaja lisäisi instruktion siitä, mitä tarkoitamme termillä ”desorientoitunut”. Näin kenellekään vastaajalle ei jäisi epäselväksi, mitä termillä tarkoitamme. Esitestaajat lisäisivät myös samaan kysymykseen vaihtoehdon ”kehitysvammainen” ja vaihtaisivat kohdan ”muistisairas” geriatriseksi potilaaksi. Esitestauksessa ilmeni, että hoitaja vastaisi kysymyksiin 14 ja 15 lähes samalla tavalla. Kysymystä numero 14 muokataan siten, että siinä pyydetään luettelemaan, mitä hoitaja havainnoi arvioidessaan desorientoituneen potilaan kipua. Viimeisen kysymyksen kohdalla lause ”jos koet näin, voit laittaa tähän kehittämiskohteita/-ideoita” oli testaajien mielestä hieman huonosti muotoiltu ja ”töksähtävä”, joten tämä kysymys muutetaan muotoon ”Miten kehittäisit työyksikössäsi desorientoituneen potilaan kivun arviointia?”. (Liite 2. Kyselylomake)

5.3 Kyselyn toteuttaminen

Suoritimme kyselymme kontrolloituna kyselynä, tarkemmin sanottuna informoituna kyselynä. Tämä tarkoittaa, että tutkija jakaa kyselylomakkeet vastaajille henkilökohtaisesti. Niitä jaksessaan tutkija kertoo vastaajille tutkimuksen tarkoituksesta, selostaa kyselyä sekä vastaa mahdollisiin kysymyksiin. (Hirsjärvi ym. 2009, 196-197.)

Osasto, jolle teimme opinnäytetyön, on aluesairaalan yhdistetty akuutti sisätautien ja keuhkosairauksien vuodeosasto. Osastolla hoidetaan erilaisia sairauksia, muun muassa sydämen ja munuaisten vajaatoimintapotilaita, erilaisista infektiosairauksista kärsiviä, COPD-potilaita sekä erilaisia syöpiä sairastavia. Suurin osa potilaista tulee osastolle päivystyspoliklinikan kautta. Toiminnasta johtuen vuodeosastolla on melko nopea potilasvaihtuvuus ja potilaiden kunto vaihtelee vuodepotilaista täysin omatoimisiin. Osasto on 25-paikkainen ja henkilökuntaa on noin 30 henkilöä. Hoitohenkilökuntaan kuuluu sairaanhoitajia sekä lähi- ja perushoitajia.

Kysely suoritettiin osaston koulutusiltapäivässä. Tarkoituksena oli, että osaston 30 hoitajasta ainakin 20 saapuisi paikalle. Lopulta koulutusiltapäivään osallistui 16 hoitajaa. Kyselylomake jaettiin 2.4.2014 osaston koulutusiltapäivässä. Opinnäytetyön tekijät selittivät opinnäytetyön tarkoituksen ja jakoivat kaikille kyselylomakkeet täytettäväksi. Koulutusiltapäivässä oli varattu henkilökunnalle 15 minuuttia aikaa vastata kyselyyn. Omalla läsnäolollamme varmistimme, että kaikki vastaavat kyselyyn. Läsnäolomme mahdollisti myös, että hoitajat pystyivät kysymään kyselyyn liittyvistä epäselvistä asioista. Nämä seikat vaikuttavat opinnäytetyön luotavuuteen.

Opinnäytetyön suorittaminen Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriin (HUS) kuuluvassa sairaalassa vaati tutkimuslupahakemuksen tekemisen sekä vaitiolositoumusten allekirjoittamisen. Lähetimme tekemämme tutkimuslupahakemuksen kyseessä olevan aluesairaalan medisiinisen tulosityksikön ylihoitajalle ja osastoryhmän päällikölle, joka pyysi tekemään muutaman muutoksen kyselylomakkeeseen sekä kyselylomakkeen saatekirjeeseen. Lisäsimme ohjetekstit jokaiselle sivulle sekä saatekirjeeseen lisäsimme maininnan, että kyselytutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Muutosten tekemisen jälkeen lähetimme valmiin kyselylomakkeen saatekirjeineen takaisin ylihoitajalle. Hyväksytty tutkimuslupahakemus tuli opinnäytetyötämme ohjaavalle opettajalle sähköpostitse seuraavalla viikolla. (Liite 3. Tutkimuslupahakemus) Kyselytutkimuksen tulokset käsitellään SPSS-ohjelmalla.

6 Tutkimuksen luotettavuus

6.1 Reliabiliteetti ja validiteetti

Reliabiliteetti eli luotettavuus tarkoittaa tulosten tarkkuutta (Heikkilä 2008, 30). Tutkimuksessa reliabiliteetti ilmaisee, kuinka luotettavasti ja toistettavasti tutkimuksessa käytetty mittari mittaa haluttua ilmiötä (Tilastokeskus 2014). Mittaamalla sama tilastoyksikkö useampaan kertaan voidaan todeta tutkimuksen sisäinen reliabiliteetti. Mittaus on reliaabeli, jos tulokset ovat samat. Ulkoinen reliabiliteetti taas tarkoittaa, että mittaus on toistettavissa myös muissa tilanteissa ja tutkimuksissa. (Heikkilä 2008, 187.)

Validiteetti eli pätevyys tarkoittaa, että tutkimus todella mittaa, mitä sen on tarkoituskin selvittää. Jos tutkija ei ole asettanut tutkimukselleen tarkkoja tavoitteita, voi helposti käydä, että tutkija tutkii vääriä asioita. Karkeasti ottaen validius tarkoittaa sitä, että systemaattinen virhe puuttuu. Kysely- ja haastattelututkimuksen validiteettiin vaikuttaa ensisijaisesti, miten hyvin kysymykset on laadittu eli saadaanko niiden avulla ratkaisu tutkimusongelmaan. Sisäinen validiteetti tarkoittaa, että vastaavatko mittaukset tutkimuksen teoriaosan käsitteitä. Ulkoinen validiteetti taas tarkoittaa, että myös muut tutkijat tulkitsevat tutkimustulokset samoin. (Heikkilä 2008, 29, 186.)

Tässä opinnäytetyössä on pyritty ottamaan huomioon tutkimuksen luotettavuus siten, että olemme itse paikalla, kun vastaajat täyttävät kyselylomakkeet. Näin ollen varmistimme, että jokainen vastaaja täyttää ja palauttaa kyselylomakkeen sekä voi tarvittaessa kysyä epäselvistä asioista. Toteutimme opinnäytetyömme kyselyn kivun arvioinnin kehittämisprojektiimme liittyvän koulutusiltapäivän yhteydessä. Ennen kyselylomakkeiden jakamista kerroimme läsnäolijoille opinnäytetyömme tarkoituksen ja aiheen, millä lisäsimme reliabiliteettia, jotta vastaajat varmasti tietävät, mitä opinnäytetyömme koskee ja erottavat sen kehittämisprojektistamme. Pyrimme samalla myös siihen, että kyseisen osaston hoitajista vähintään puolet osallistuisi kyselyyn, jolloin saisimme mahdollisimman luotettavia vastauksia.

Jos sama kysely suoritettaisiin samalla osastolla kivun arvioinnin koulutuksen jälkeen, pystyttäisiin suoraan vertaamaan, kuinka hoitajien tiedot ja taidot kyseisestä aiheesta ovat parantuneet. Tämän pohjalta olemme tehneet kysymyksemme. Näin ollen kyseinen osasto voi niin halutessaan hyödyntää kyselytutkimustamme jatkossa. Suunnittelimme opinnäytetyömme tavoitteet teoreettisen viitekehyksen pohjalta, jolloin kaikki kyselylomakkeen kysymykset vastaavat asettamiimme tavoitteisiin. Olemme esitettäneet kysymykset hoitoalan työntekijöille. Tällä tavalla olemme varmistaneet, että alan työntekijät ymmärtävät kyselytutkimuksesamme käyttämämme termit. Lisäksi testasimme, kuinka kauan kyselyyn vastaamisessa kestää, jotta voimme varata kyselyyn vastaamiseen riittävästi aikaa. Opinnäytetyömme luotetta-

vuutta lisää myös, että olemme etsineet aiheestamme tietoa jo kehittämisprojektimme aikana monista eri lähteistä, joten meillä on vankka teoriapohja aiheesta. Tutkimustulokset käymme läpi niin käsin kuin SPSS-ohjelman avulla, jolloin saamme niin sanotun kaksoistarkistuksen tuloksistamme.

7 Opinnäytetyön tulokset

7.1 Taustatiedot vastaajista

Kyselyyn osallistui 16 hoitajaa, joista 10 oli sairaanhoitajia, kolme lähihoitajia ja kolme perushoitajia. Vastaajista yksi hoitaja oli 20-29-vuotias, kuusi hoitajaa oli 30-39-vuotiaita, kuusi hoitajaa oli 40-49-vuotiaita ja kolme hoitajaa oli 50-59-vuotiaita.

Viidellä kyselyyn vastanneella hoitajalla oli työkokemusta alalta 5-10 vuotta, neljällä oli 11-15 vuotta ja seitsemällä vastanneella oli yli 15 vuoden työkokemus. Yhdellä hoitajalla oli työkokemusta kyseiseltä osastolta enintään yksi vuosi, neljällä hoitajalla oli 2-5 vuotta, kuudella hoitajalla oli 6-10 vuotta ja viidellä hoitajalla yli kymmenen vuotta.

7.2 Desorientoituneen potilaan kivun arviointi hoitajien kokemana

Kysyttäessä kuinka montaa desorientoitunutta potilasta hoitajat olivat hoitaneet viimeisen kuukauden aikana saatiin vastauksiksi: Viisi hoitajaa oli hoitanut 1-5 potilasta, kahdeksan hoitajaa oli hoitanut 6-10 potilasta ja kaksi hoitajaa oli hoitanut yli kymmentä desorientoitunutta potilasta viimeisen kuukauden aikana.

Desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin koki valtaosa (n=12) hoitajista usein haastavaksi. Neljä hoitajaa koki sen silloin tällöin haastavaksi. Desorientoituneen potilaan kivun arvioinnissa 10 hoitajaa koki omat taitonsa silloin tällöin riittäväksi. Kuusi hoitajaa koki taitonsa usein riittäväksi. Suurin osa hoitajista (n=12) tunnisti onko potilas desorientoitunut. Loput hoitajista (n=4) vastasi sen olevan silloin tällöin hankalaa. Seuraavassa taulukossa verrataan onko hoitajien työkokemuksen vaikutusta desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin hankaluuteen.

Taulukko 1. Desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin hankaluus työkokemukseen perustuen hoitajien (N=16) kokemana.

	Hoitajien työkokemus			Total
	5-10 vuotta	11-15 vuotta	yli 15 vuotta	
Desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin koki usein haastavaksi.	3	3	6	12
Desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin koki silloin tällöin haastavaksi.	2	1	1	4
N	5	4	7	16

Kolmasosa hoitajista (n=6) koki geriatrisen potilaan olevan vaikein potilasryhmä arvioitaessa desorientoituneen potilaan kipua. Viisi hoitajaa vastasi desorientoituneen neurologisen potilaan kivun arvioinnin olevan haastavinta. Kaksi hoitajaa koki kivun arvioinnin vaikeimmaksi kuolevan potilaan kohdalla, yksi hoitaja koki päihdepotilaan ja yksi hoitaja koki tajuttoman tai ei ko-opperoivan potilaan kohdalla. Yksi hoitaja jätti vastaamatta kysymykseen. Vastaajia pyydettiin selittämään, miksi heidän valitsemansa potilasryhmän desorientoituneen potilaan kivun arvioiminen on heidän mielestään vaikeinta. Hoitajat, jotka olivat valinneet vaihtoehdon ”geriatrisen potilaan”, vastasivat tähän muun muassa seuraavasti:

”Vaikea tietää, jos potilas muistisairas, että tarvitseeko kipulääkettä vai pyytääkö tavan vuoksi. Jotkut tottuneet kipuun, eivätkä osaa pyytää lääkettä.”

”Muistisairautta enenevässä määrin, mikä aiheuttaa mielialanvaihtelua, yhteisymmärryksen vaikeus pot. oudossa ympäristössä vieraiden ihmisten ympäröimänä.”

”Potilas ei välttämättä tunnista kipua, ei vastaa välttämättä kysymyksiin, reagoi aggressiivisesti, voi olla hoitokielteinen.”

Hoitajat, jotka valitsivat kohdan ”neurologisen potilaan” vastasivat muun muassa seuraavasti:

”Kommunikointi/vuorovaikutus on (mahdollisesti) vaikeutunut (puheentuotto).”

”Ehkä neurologisella potilaalla sairaus itse voi aiheuttaa epämääräisiä oireita myös.”

”Tajuttomuus? Ei reagoi hoitoihin/ei pysty ilmaisemaan itseään.”

”Kommunikoinnin puutteen takia.”

Hoitaja, joka valitsi vaihtoehdon ”päihdepotilaan” perusteli valintaansa seuraavalla tavalla:

”Päihdepot. ei välttämättä huomaa kipua, vaan haluaa saada ennemmin lisää päihdyttäviä aineita turruttaakseen levottoman olotilansa.”

Hoitaja, joka valitsi ”kuolevan potilaan” perusteli valintaansa seuraavanlaisesti:

”Ovat yleensä jo niin huonossa kunnossa, että vaikea ottaa selvää heidän eleistään.”

Vastaaja, joka valitsi ”jonkun muun, minkä” ja vastasi tähän ”tajuttoman tai ei ko-opperoivan potilaan kohdalla”, perusteli valintaansa näin:

”Jos potilas reagoi hoitoihin, mutta ei saa kontaktia on välillä vaikeaa tietää, johtuuko kivusta vai miksi potilas ääntelee.”

Hoitajista kolme jätti kokonaan vastaamatta kysyttäessä miksi valitsemansa potilasryhmän kivun arviointi on vaikeinta. Nämä hoitajat olivat valinneet geriatrisen potilaan, neurologisen potilaan ja kuolevan potilaan.

Valtaosa vastaajista (n=10) vastasi, ettei käytä koskaan työssään kivun arviointiin tarkoitettuja apuvälineitä, kuten esimerkiksi PAINAD-mittaria. Kolme vastasi käyttävänsä niitä hyvin harvoin ja kolme vastasi käyttävänsä niitä silloin tällöin. Kysyttäessä, millä tavalla hoitajat arvioivat desorientoituneen potilaan kipua, vastasivat he muun muassa seuraavasti:

”Ilmeet, eleet, ääntely, toiminta; levottomuus, unettomuus, käytöksen muuttuminen, hengitys.”

”Potilaan ilmeitä, eleitä ja käytöstä, tietenkin kysymällä jos hän pystyy vastaamaan. Onko sympaattisen hermoston oireita.”

”Arvioin potilaan levottomuutta, käytöstä, ilmeitä, eleitä. Kysyn myös potilaalta kivun tuntemusta, usein osaavat jollakin tavoin ilmaista itseään. RR ja pulssi.”

”Onko äreä/levoton, ilmeet, kehonkieli.”

”Havainnoimalla: hikoilu, vitalit, seuranta, ääntely.”

Enemmistö hoitajista (n=12) toi vastauksessaan esiin kehonkielen, ilmeiden ja eleiden tarkkailun kivun arvioinnin keinona. Hoitajista noin puolet (n=8) toi esiin potilaan käytöksen kertovan kivusta. Hoitajista seitsemän kertoi arvioivansa desorientoituneen potilaan kipua havainnoimalla sekä kysymällä potilaalta suoraan kivusta. Hoitajista viisi vastasi seuraavansa vitaelielintoimintoja sekä sympaattisen hermoston oireita arvioidessaan desorientoituneen potilaan kipua.

Kysyttäessä seikkoja, jotka kertovat parhaiten, onko desorientoitunut potilas kivulias, vastasivat hoitajat muun muassa seuraavasti:

”Käytöksen/toiminnan muutos, esim. levottomuus, rauhattomuus lisääntyy, ääntelyt, huutelut.”

”Levottomuus, korkea RR/pulssi, hikisyys, reagoiminen palpoimiseen, ääntely tai ilmeet/eleet.”

”Potilas on levoton, itkuinen.”

”Jos lääkiten, muuttuuko käytös, olemus, arvot/mittarit.”

Hoitajista yli puolet (n=10) toi esiin potilaan käytöksen kertovan parhaiten potilaan kivuista. Hoitajista yhdeksän toi esiin potilaan levottomuuden ja kuusi hoitajaa vastasi ruumiinkielen kertovan kivusta. Hoitajista yksi painotti sympaattisen hermoston oireita ja yksi toi esiin kipulääkityksen vaikutuksen seuraamisen.

7.3 Hoitajien kehittämisohdotuksia osaston toimintatapoihin desorientoituneen potilaan kivun arvioinnissa

Hoitajista kymmenen vastasi, ettei ollut saanut koulutusta desorientoituneen potilaan kivun arvioinnissa työelämässä ollessaan. Kolme hoitajaa vastasi saaneensa koulutusta viimeksi yli kaksi vuotta sitten, yksi hoitaja vastasi saaneensa 1-2 vuotta sitten ja kaksi hoitajaa vastasi saaneensa alle vuosi sitten. Toinen alle vuosi sitten koulutusta saaneista hoitajista oli tarkentanut vastaustaan, että hän on saanut omaehtoista koulutusta/luettavaa aiheesta.

Kahdeksan hoitajaa kaipasi konkreettisia apuvälineitä, kuten esimerkiksi PAINAD-mittaria, desorientoituneen potilaan kivun arviointiin silloin tällöin. Kuusi hoitajaa kaipasi niitä usein. Yksi hoitaja vastasi kaipaavansa konkreettisia apuvälineitä harvoin ja yksi hoitaja vastasi, ettei kaipaakaan niitä koskaan. Yksikään hoitaja ei vastannut kaipaavansa niitä aina.

Kysyttäessä kehittämisohdotuksia työyksikköön desorientoituneen potilaan kivun arviointiin hoitajat vastasivat muun muassa seuraavasti:

”Koulutusta lisää, tietoa PAINAD-mittarista, kollegiaalista keskustelua aiheesta -> muiden kokemuksista oppimista.”

”Lisää koulutusta asiasta koska kys. potilasryhmä kasvaa koko ajan sairaaloiden asiakkaana, järjestelmällinen seuranta ja yhtenäinen kirjaaminen.”

”PAINAD-mittari vaikuttaa hyvältä, toimivalta. Mittari auttaisi kivun arvioinnissa.”

Melkein kaikki hoitajat (n=13) vastasivat kehittämiskohteita kartoittavaan kysymykseen. Hoitajista kuusi toi esiin koulutuksen lisäämisen, seitsemän hoitajaa halusi lisäkoulutusta liitteessä olleen PAINAD-mittarin käyttöönotosta. Myös keskustelun lisääminen aiheesta, yleisesti kipumittarien käyttämisen ja kirjaamiseen parantamisen katsottiin olevan desorientoituneen potilaan kivun arviointia parantavia asioita. Yksi hoitaja toi esiin myös, että kaikilla hoitajilla pitäisi olla samat tavat kivun arvioinnissa ja toimintatapojen tulisi olla yhtenäisiä.

8 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia hoitajien osaamista desorientoituneen potilaan kivun arvioinnissa. Opinnäytetyö oli jatkoa opintoihimme kuuluvalla kehittämishankkeelle, jonka teimme kyseisellä sisä- ja keuhkotautien vuodeosastolla keväällä 2014. Kehittämishankeemme aiheena oli kivun arvioinnin kehittäminen ja kipumittareiden käyttöönotto. Tietoja opinnäytetyöhön kerättiin kehittämishankkeeseemme kuuluvassa hoitajien koulutusiltapäivässä, jossa suoritimme kyselytutkimuksen kaikille paikalla oleville hoitajille (N=16).

Kyselyyn vastanneista suurin osa oli sairaanhoitajia, lähi- ja perushoitajia oli molempia yhtä paljon. Suurin osa hoitajista oli iältään 30-49-vuotiaita. Jokainen vastaaja oli ollut alalla vähintään viisi vuotta, suurimmalla osalla oli työkokemusta alalta yli 15 vuotta. Kyseisellä osastolla suurin osa hoitajista (n=11) oli ollut töissä vähintään kuusi vuotta. Jokainen vastaaja kertoi hoitaneensa desorientoitunutta potilasta viimeisen kuukauden aikana, eniten hoitajat vastasivat hoitaneensa keskimäärin viimeisen kuukauden aikana 6-10 desorientoitunutta potilasta.

Vastaajat kokivat taitojensa riittävän arvioimaan desorientoituneen potilaan kipua usein tai silloin tällöin. Suurin osa vastaajista koki desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin usein haastavaksi, eikä suurin osa heistä käyttänyt koskaan desorientoituneen potilaan kivun arviointiin tarkoitettuja apuvälineitä. Kivun arviointi on täsmällistä ja tarkempaa kipumittareita käyttämällä. Kipumittari tulee kirjata asiakirjoihin ja jatkossa tule käyttää aina samaa mittaria kyseisen potilaan kohdalla. Kipua pitäisi arvioida levossa, liikkeessä, lievimmillään ja pahimmillaan. (Hagelberg ym. 2006, 75-78.) Vaikka hoitajat arvioivat taitojensa riittävän arvioimaan desorientoituneiden potilaiden kipua, he eivät kuitenkaan käyttäneet kivun arviointia parantavia ja sitä tukevia kipumittareita. Tämän taustalla saattoi olla, etteivät hoitajat olleet tietoisia desorientoituneen potilaan kivun arviointiin kehitetyistä kipumittareista tai he eivät olleet ajatelleet eroa desorientoituneiden ja orientoituneiden potilaiden kivun arvioinnin haastavuudessa.

Suurin osa vastaajista ei kokenut desorientoituneen potilaan tunnistamista hankalaksi, mikä on positiivista, sillä desorientoituneen potilaan tunnistaminen ei ole aina itsestäänselvyys. Hoitajan tulee osata tunnistaa potilaat, joilla kivun arviointi saattaa olla vaikeaa tai jotka eivät kykene arvioimaan kipua ollenkaan (Koponen & Sillanpää 2005, 221). Kysyttäessä hoitajilta seikoista, jotka kertovat parhaiten desorientoituneen potilaan kivuliaisuudesta, heidän vastauksissaan ilmeni hyvin, että käyttäytymisen arvioimisen katsotaan olevan desorientoituneen potilaan kohdalla luotettavampi kivun arvioimisen keino kuin fysiologisten tekijöiden

seuraaminen. Akuuttia kipua ei voi nimittäin arvioida elintoimintojen perusteella, sillä sitä pidetään epävarmana arviointikeinona (Hagelberg ym. 2006, 75-78).

Kipukäyttäytymistä eriteltäessä hoitajat osasivat nostaa esiin oikeanlaisia seikkoja, kuten aggressiivisuuden, levottomuuden, itkuisuuden sekä ilmeet ja eleet, mikä kertoo perustietojen olevan heillä kunnossa. Vastauksista kuitenkin puuttui monia kivuliaisuudesta kertovia asioita, kuten esimerkiksi lapsellinen, eristäytyvä tai pelokas käytös, jännittynyt vartalo, paikallaan oleminen tai levottomat ja jäykät liikkeet. Yksikään hoitaja ei vastannut potilaan voivan olla jo niin kivulias, ettei hän enää reagoi kipuun tai esimerkiksi hoitotoimenpiteisiin. (Hagelberg ym. 2006, 75-78, 90.) Ainoastaan yksi hoitaja nosti esiin sympaattisen hermoston seuraamisen vaikka kalpeus, kylmänhikisyys ja pinnallinen tai epäsäännöllinen hengitys ovat selviä kivunmerkkejä (Iivanainen & Syväoja 2009, 471).

Hankalimmaksi koettiin desorientoituneiden geriatrinen potilaiden kivun arviointi. Tämä on tavallinen potilasryhmä sisätautiosastolla, sillä potilaat ovat usein iäkkäitä ja monisairaita sekä hoitajan avun varassa olevia. Ongelmia sisätautisen potilaan hoidolle aiheuttavat usein esimerkiksi tajunnan- tai kielellisten toimintojen häiriöt ja autonomisuuden vaikeutuminen. (Holmia ym. 2006, 52-56.) Tämän vuoksi desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin osaaminen on erittäin tärkeää sisätautien vuodeosastolla. Sisätautisten hoitajien tulisi osata arvioida yhden keskeisimmän potilasryhmänsä kipua riittävän hyvin, jottei se tuntuisi liian hankalalta. Suurin osa vastaajista ei ollut saanut koulutusta desorientoituneen potilaan kivun arviointiin lainkaan työssäoloaikanaan. Hoitotyön asiantuntijuus edellyttää kuitenkin hyviä teoretietoja, vahvaa taitoperustaa ja jatkuvaa itsensä kouluttamista (Kassara ym. 2004, 22,32).

Tarkastelimme työkokemuksen vaikutusta siihen, kokevatko hoitajat desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin hankalaksi. Kaikki vastaajat vastasivat kokevansa arvioinnin hankalaksi usein tai silloin tällöin, mistä voi päätellä, ettei työkokemuksella ole siihen vaikutusta. Desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin hankalaksi kokemisen taustalla saattaa olla osaston yhteinen toimintamalli tai kivun arvioinnin vakiintunut rutiinitapa, jotka hankaloittavat kehittämistyötä.

Suurin osa kaipasi usein tai silloin tällöin desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin tueksi siihen tarkoitettuja apuvälineitä. Kommunikoimaan kykenemättömän potilaan kivun arviointiin on tehty erilaisia mittareita, vaikkakin niitä on kehitetty tarpeellisuudesta huolimatta vielä yllättävän vähän (Hagelberg ym. 2006, 83-89; Salanterä 2006, 40.) Kehittämiskohteiksi hoitajat mainitsivat PAINAD-mittarin käyttöönoton, kivun arvioinnin koulutuksen lisäämisen ja kirjaamisen kehittämisen. Tämän perusteella hoitajat tunnistavat itse osaston kehittämistarpeet desorientoituneen potilaan kivun arvioinnissa ja tietävät, miten siitä saataisiin kehitettyä entistä parempaa ja laadukkaampaa.

Hoitohenkilökunnan mainitsemien kehittämiskohteiden perusteella osastolle voitaisiin jatkossa tehdä esimerkiksi kehittämisprojekti PAINAD-mittarin käyttöönottamiseksi, ja lisätä henkilökunnan tietoutta desorientoituneen potilaan kivun arvioinnista koulutuksen avulla. Koulutuksen olisi hyvä toteutua säännöllisinä väliaikoina, jotta voidaan varmistaa näyttöön perustuvan hoitotyön mukaisen osaamisen ylläpito ja kehittyminen.

Suunnittelimme opinnäytetyömme tavoitteet teoreettisen viitekehyksen pohjalta, jolloin kaikki kyselylomakkeen kysymykset vastaavat asettamiimme tavoitteisiin. Toteutimme opinnäytetyömme kyselyn kivun arvioinnin kehittämisprojektiimme liittyvän koulutusiltapäivän yhteydessä. Lisäsimme kyselymme luotettavuutta olemalla itse paikalla koulutusiltapäivässä, kun vastaajat täyttävät lomakkeet. Näin ollen varmistimme sen, että jokainen vastaaja täyttää ja palauttaa kyselylomakkeen sekä voi tarvittaessa kysyä epäselvistä asioista. Ennen kyselylomakkeiden jakamista kerroimme läsnäolijoille opinnäytetyömme tarkoituksen ja aiheen, millä lisäsimme reliabiliteettiä, jotta vastaajat varmasti tietävät, mitä opinnäytetyömme koskee ja erottavat sen kehittämisprojektistamme.

Jaoimme kyselylomakkeet koulutuspäivässä mukana olleille hoitajille ennen koulutuksen alkua, jotta hoitajat eivät saa vastauksia kysymyksiin koulutuksessa esittämistämme asioista. Halusimme toteuttaa kyselyn koulutuspäivän yhteydessä myös sen vuoksi, etteivät hoitajat voi keskustella vastauksista keskenään, vaan täyttävät kyselylomakkeensa itsenäisesti. Kyselytutkimuksemme osanottajamäärä oli $N=16$, mutta määrä vastaa kuitenkin noin puolta osaston hoitohenkilökunnasta. Alun perin koulutukseen piti osallistua vielä muutama hoitaja enemmän, minkä vuoksi suhteellisen pieni osanottajamäärä saattaa hieman laskea opinnäytetyömme reliabiliteettiä.

Opinnäytetyötä tehdessämme olemme oppineet tekemään lupahakemuksen oikeaoppisesti ja suunnittelemaan opinnäytetyön tekemisen aikataulullisesti ja järjestelmällisesti. Jatkoimme opinnäytetyöhömmme suoraan kivun arvioinnin osaamisen kehittämiseen keskittyneestä kehittämisprojektistamme ja teimme näitä kahta osittain myös samanaikaisesti. Meille oli siis tärkeää tunnistaa selvä ero näiden kahden työn välillä. Tällöin opimme rajaamaan opinnäytetyön aiheemme ymmärtääksemme samalla sen merkityksen selkeän opinnäytetyön rakenteen kannalta. Aikataulumme oli alussa varsin kiireinen, joten teimme töitä hyvin tehokkaasti ja opimme tekemään nopeita ratkaisuja. Kyselylomakkeen tekeminen vaati meiltä paljon huolellisuutta ja suunnittelemista, jotta saimme kysymystemme avulla selkeitä, mutta monipuolisia vastauksia asettamiimme tutkimusongelmiin. Teoriatieto piti muistaa pitää koko opinnäytetyön ajan sen kivijalkana, jotta opinnäytetyö perustuisi näyttöön. Koulutusiltapäivässä jakaessamme hoitohenkilökunnalle kyselylomakkeita huomasimme, kuinka tärkeää on ohjata kyselyyn vastaamista selkeästi ja ytimekkäästi sekä kannustaa osallistujia vastaamaan. Olimme

suunnitelleet etukäteen huolellisesti koulutusiltapäivän kulun, jotta saisimme mahdollisimman luotettavia vastauksia.

Kirjoittaessamme opinnäytetyön tuloksia, opimme niiden tulkitsemista ja tarkkaa käsittelyä. Samalla kehityimme opinnäytetyöprosessin aikana kirjoittajina. Yhtenä tärkeimpänä asiana opimme paljon lisää kivun arvioinnista ja erityisesti desorientoituneiden potilaiden kohdalla sen mukanaan tuomista haasteista. Tutkimustulosten myötä huomasimme, kuinka paljon kehitettävää desorientoituneiden potilaiden kivun arvioinnin osaamisesta vielä löytyy. Desorientoituneiden potilaiden kivun arviointia sisätautisilla potilailla ei ole yleisesti tutkittu paljon, vaikka desorientoitumista aiheuttavat sisätautiset sairaudet tulevat jatkuvasti lisääntymään väestön ikääntymisen myötä.

Lähteet

Björkman, M.; Palviainen, J.; Laurila, J. & Tilvis, R. 2007. Iäkkäiden dementiapotilaiden kivun arviointi. Suomen lääkärilehti 26/ 2007 vsk 62.

Erkinjuntti T., Rinne J., Alhainen K. & Soininen H. 2001. Muistihäiriöt ja dementia. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Haanpää M. 2007. Neuropaattisen kivun hoito-opas. Viitattu 16.9.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00086

Hagelberg N., Kauppila M., Närhi M. & Salanterä S. 2006. Kivun hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Heikkilä, T. 2008, Tilastollinen tutkimus. 7., uudistettu painos. Edita Prima Oy, Helsinki.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita, 15., uudistettu painos. Tammi, Hämeenlinna.

Holmia S., Murtonen I., Myllymäki H. & Valtonen K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.-5.uudistettu painos. Porvoo: WSOY.

Horgans, A & Miller, L. 2008. Pain assessment in people with dementia. The American Journal of Nursing 2008 Vol. 108 No. 7, 62-70.

Hutchison, W.; Tucker, W.; Kim, S. & Gilder, R. 2006. Evaluation of a Behavioral Assessment Tool for the Individual Unable to Self-report Pain. American Journal of Hospice & Palliative Medicine. Vol. 23 No. 4, 328- 331.

Huttunen M. 2013. Sekavuustila (delirium). Duodecim. Viitattu 22.3.2014.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00357

Härmä H. & Granö S. 2011. Työikäisen muisti ja muistisairaudet. Helsinki: WSOYpro Oy.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2011. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Hygieia, Tammi.

Iivanainen A., Jauhiainen M. & Pikkarainen P. 2006. Sisätauti-kirurginen hoito ja hoitotyö. Tammi.

- Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2009. Hoida ja kirjaa. Hygieia, Tammi.
- Kalso E. & Vainio A. 2002. Kipu. Duodecim.
- Kalso E., Haanpää M. & Vainio A. 2009. Kipu. 3.painos. Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy.
- Kassara H., Paloposki S., Holmia S., Murtonen I., Lipponen V., Ketola M-L. & Hietanen H. 2004. Hoitotyön osaaminen. WSOY. 1.-2.painos.
- Kauppila M. 2006. Estääkö vuodeosaston toimintamalli hyvän kivunhoidon? Kipuviesti 1/2006. Viitattu 23.3.2014.
<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/Kipuviesti%201-2006.pdf>
- Kokkinen A. & Maltari-Ventilä 2008. Hoito- ja huolenpitytyön sanasto. Jyväskylä: Gummerrus.
- Koponen L. & Sillanpää K. 2005. Potilaan hoito päivystyksessä. Sanoma Pro Oy.
- Käypä hoito. 2013. Virtsatieinfektiot.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi10050>
- Mustajoki M., Alila A., Matilainen E. & Rasimus M. 2007. Sairaanhoidajan käsikirja. 4.uudistettu painos. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Määttä, M. & Kankkunen, P. 2009. Kansainväliset kipumittarit vaikeaa dementiaa sairastavien kivun arvioinnissa. Hoitotiede. 21(4).
- Nienstedt W., Hänninen O., Arstila A. & Björkqvist S-E., 2009. Ihmisen fysiologia ja anatomia. 18. painos, uudistettu painos. Sanoma Pro Oy.
- Rahkonen T., Leppävuori A. & Erkinjuntti T. 2014. Vanhusten erityisongelmat-sekavuustila (delirium). Viitattu 22.3.2014.
http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Vanhusten_erityisongelmat#Keuhkokuumeen_yleisyys_ja_etiologia
- Rintala K., Tanttu S. & Ukkonen A-E. 2010. Vanhusten kivunhoito-opas. Viitattu 16.9.2014.
https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/23178/rintala_kirsi.pdf?sequence=2
- Sailo, E. & Vartti A-M. 2000. Kivunhoito. Hygieia, Tammi.

Sairaanhoitajaliitto 2014. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Viitattu 18.3.2014

https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/

Salanterä S., Hovi S-L & Routasalo P. 2000. Kivun arviointi. Sairaanhoitaja 1/2000.

Salanterä S. 2010. Kivun mittaaminen - miten se toteutuu tänään. Viitattu 25.8.2014.

http://www.sash.fi/files/luennot_anestesiakurssi_10/Kivun_mittaaminen_Sanna_Salantera.pdf

Salanterä S. 2006. Vaikeaa dementiaa sairastavan kivun arviointi. Kipuviesti 2/2006. Viitattu 23.3.2014.

<http://www.suomenkivuntutkimusyhdistys.fi/system/files/files/Kipuviesti%202-2006.pdf>

Tarnanen K., Wuorela M., Uhari M. & Kukkonen-Harjula K. 2011. Virtsatieinfektio (VTI). Viitattu 16.9.2014.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00038

Tilastokeskus. Käsitteet ja määritelmät, 2014. Viitattu 20.3.2014.

<http://www.tilastokeskus.fi/meta/kas/reliabiliteetti.html>

Vainio A. 2009. Kivunhallinta. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Liite 1 Muuttujaluettelo

1. Miten hoitajat arvioivat desorientoituneen potilaan kipua?

Kysymykset 6, 7, 8, 10, 11, 13, 14

2. Mitä osaston toimintatapoja hoitajat kehittäisivät desorientoituneen potilaan kivun arvioinnissa?

Kysymykset 9, 12, 15

Liite 2 Kyselylomake (1/6)

Hei!

Olemme Porvoon Laurea-ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijoita ja teemme opinnäytetyötämme. Tarkoituksenamme on tutkia hoitajien osaamista ja kokemuksia desorientoituneen potilaan kivun arvioimisesta.

Kyselytutkimus tehdään Porvoon sairaalan sisätautien vuodeosasto 6:n hoitohenkilökunnalle. Pyydämme sinua ystävällisesti vastaamaan kyselylomakkeeseen mahdollisimman tarkasti ja todenmukaisesti. Kysely koostuu 12 suljetusta kysymyksestä ja kolmesta avoimesta kysymyksestä. Kyselyyn vastaaminen vie noin 10 minuuttia. Tutkimuksesta saatavat tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja ainoastaan tämän tutkimuksen suorittamiseen. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta luotettavan tiedon saamiseksi olisi tärkeää saada mahdollisimman monen hoitajan vastaus kyselyyn. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää potilaiden kivun hoidon kehittämisessä.

Kiitos ajastanne ja vaivannäöstänne!

Ystävällisin terveisin,

Anna Tuukkala & Noora Pasuri

Laurea AMK

Liite 2 Kyselylomake (2/6)

Kysymyksillä 1-5 selvitetään vastaajien taustatietoja. Ympyröi valitsemasi vaihtoehto.

Taustatiedot:

1. Ikä
 - a. 20–29 vuotta
 - b. 30–39 vuotta
 - c. 40–49 vuotta
 - d. 50–59 vuotta
 - e. 60 vuotta tai yli

2. Ammattinimike
 - a. sairaanhoitaja
 - b. lähihoitaja
 - c. perushoitaja

3. Työkokemus vuosina
 - a. alle 5 vuotta
 - b. 5–10 vuotta
 - c. 11–15 vuotta
 - d. yli 15 vuotta

4. Työkokemus nykyisellä osastolla
 - a. enintään 1 vuosi
 - b. 2–5 vuotta
 - c. 6–10 vuotta
 - d. yli 10 vuotta

5. Arvioi karkeasti, kuinka montaa desorientoitunutta potilasta olet hoitanut viimeisen kuukauden aikana.
 - a. En yhtään
 - b. 1–5 potilasta
 - c. 6–10 potilasta
 - d. Yli 10 potilasta

Liite 2 Kyselylomake (3/6)

Seuraavat kysymykset koskevat desorientoituneen potilaan kivun arviointia. Käsitteellä "desorientoitunut" tarkoitamme potilasta, joka ei ole orientoitunut aikaan ja paikkaan. Ympyröi valitsemasi vaihtoehto.

6. Koetko desorientoituneen potilaan kivun arvioinnin haastavaksi?

- a. Aina
- b. Usein
- c. Silloin tällöin
- d. Hyvin harvoin
- e. En koskaan

7. Koetko taitojesi riittävän arvioimaan desorientoituneen potilaan kipua?

- a. Aina
- b. Usein
- c. Silloin tällöin
- d. Hyvin harvoin
- e. En koskaan

8. Koetko hankalaksi tunnistaa, koska potilas on desorientoitunut?

- a. Aina
- b. Usein
- c. Silloin tällöin
- d. Hyvin harvoin
- e. En koskaan

9. Milloin viimeksi olet saanut koulutusta desorientoituneen potilaan kivun arviointiin?

- a. Alle vuosi sitten
- b. 1-2 vuotta sitten
- c. Yli 2 vuotta sitten
- d. En ole saanut koulutusta kyseisestä aiheesta työelämässä ollessani

Liite 2 Kyselylomake (4/6)

Seuraava kysymys on kaksiosainen. Ympyröi a-kohdassa valitsemasi vaihtoehto ja vastaa b-kohtaan lyhyesti.

10. a) Minkä potilasryhmän desorientoituneen potilaan kivun arvioiminen on mielestäsi vaikeinta?

Valitse yksi (1) vaihtoehto.

- a. Geriatrisen potilaan
 - b. Neurologisen potilaan (esim. AVH)
 - c. Päihdepotilaan (esim. delirium tremens)
 - d. Kuolevan potilaan
 - e. Jonkun muun, minkä? _____
- b) Miksi koet a-kohdassa valitsemasi potilasryhmän desorientoituneen potilaan kivun arvioimisen vaikeimmaksi?

Seuraavat kysymykset koskevat desorientoituneen potilaan kivun arviointia. Ympyröi valitsemasi vaihtoehto.

11. Käytätkö työssäsi desorientoituneen potilaan kivun arviointiin tarkoitettuja apuvälineitä, kuten

PAINAD-mittaria?

- a. Aina
- b. Usein
- c. Silloin tällöin
- d. Hyvin harvoin
- e. En koskaan

12. Koetko kaipaavasi konkreettisia apuvälineitä desorientoituneen potilaan kivun arviointiin, esimerkiksi PAINAD-mittari? (viimeisellä sivulla liitteenä kuva PAINAD-mittarista)

- a. Aina
- b. Usein
- c. Silloin tällöin
- d. Harvoin
- e. En koskaan

Liite 2 Kyselylomake (5/6)

Vastaa lyhyesti seuraaviin kysymyksiin desorientoituneen potilaan kivun arvioimisesta.

13. Millä tavalla arvioit desorientoituneen potilaan kipua?

-

14. Mitkä seikat mielestäsi kertovat parhaiten, onko desorientoitunut potilas kivulias?

-

15. Miten kehittäisit työyksikössäsi desorientoituneen potilaan kivun arviointia?

-

Liite 2 Kyselylomake (6/6)

Liite 1

Taulukko 3. PAINAD-mittari (Warden, ym. J Am Med Dir Assoc 2003; 4: 50–1.).

Muuttuja	0	1	2
Hengitys	Normaali	Hengitys on ajoittain vaivalloista. Lyhyt hyperventilaatiojakso	Hengitys on äänekästä ja vaivalloista. Pitkä hyperventilaatiojakso. Cheyne – Stokesin hengitystä
Negatiivinen ääntely	Ei negatiivista ääntelyä	Satunnaista vaikerointia ja voihkeita. Valittavaa tai moittivaa hiljaista puhetta	Rauhatonta huutelua, äänekästä vaikerointia tai voihkeita, itkua
Kasvojen ilmeet	Hymyilevä tai ilmeeton.	Surullinen, pelokas, tuima	Irvistää,
Kehonkieli	Levoinen	Kireä, ahdistunutta kävelyä, levotonta liikehdintää	Jäykkä, kädet nyrkissä, polvet koukussa, pois vetämistä tai työntämistä, riuhtomista
Lohduttaminen	Ei tarveta lohduttamiseen.	Ääni tai kosketus kääntää huomion muualle ja tynnyttää	Lohduttaminen, huomion pois kääntäminen tai tynnyttäminen ei onnistu.

Liite 3 Tutkimuslupahakemus (1/2)

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Tuukkala Anna Elisa, Pasuri Noora Mira Maria			
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta AMK-sairaanhoitajaopiskelija			
	HUS:n palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä keikkatyöntekijänä <input type="checkbox"/> Ei			
	Sähköpostiosoite/puh/gsm anna.tuukkala(a)laurea.fi, noora.pasuri(a)laurea.fi			
	Kotiosoite Kesätuulentie 13 E 12 06100 Porvoo, Riistatie 9 A 7 06150 Porvoo			
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppiaitos, jossa opiskelee Laurea AMK Porvoo			
	Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppiaitoksen osoite Taidetehtaankatu 1, 06100 Porvoo			
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) Kukkola Outi, lehtori, outi.kukkola(a)laurea.fi			
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyön tutkimussuunnitelma hyväksytty esitetyssä muodossa Ohjaaja hyväksynyt suullisen tutkimussuunnitelman, opinnäytetyön tutkimussuunnitelman esitys on vasta 11.4.			
HUS:n vastuuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi Osastoryhmän päällikkö/ ylihoitaja Nina Ahola			
	Työpaikan osoite Sairaalantie 1, 06150 Porvoo			
	Sähköpostiosoite/puh/gsm nina.ahola(a)hus.fi			
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuuhenkilö työskentelee Porvoon sairaalan medisiininen tulosyksikkö			
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa Desorientoituneen potilaan kivun arviointi: kyselytutkimus hoitajien osaamisesta ja kokemuksista sisätautien vuodeosastolla.			
	<p>Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10)</p> <p>Tarkoituksenamme on suorittaa kyselytutkimus 2.4.2014 sisätautien vuodeosasto 6:n hoitajien koulutusiltopäivässä. Kyselytutkimuksessa kysymme hoitajien kokemuksia ja kartoitamme heidän tietämystään desorientoituneen potilaan kivun arvioinnissa. Kyselytutkimus sisältää pääosin suljettuja kysymyksiä ja max. kaksi avointa kysymystä. Litteroimme hoitajien vastaukset ja saatujen vastausten pohjalta teemme ONT:n Tarkoituksenamme on saada opinnäytehkö valmiiksi 11/2014 mennessä</p> <p>Asiasanat (max 5 kpl)</p> <p>kipu, kivun arviointi, desorientoitunut potilas, hoitajien osaaminen</p>			
Opinnäytetyön taso	<table border="0"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Licensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä? </td> <td> Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä? </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Licensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
<input type="checkbox"/> Licensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input checked="" type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden ala <input type="checkbox"/> Muu, mikä?			
Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta?	<table border="0"> <tr> <td> <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä? </td> <td> Arvioitu aloituspvm. 10.3.2014 </td> <td> Arvioitu päättymispvm. 1.12.2014 </td> </tr> </table>	<input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. 10.3.2014	Arvioitu päättymispvm. 1.12.2014
<input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. 10.3.2014	Arvioitu päättymispvm. 1.12.2014		
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa	<table border="0"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input checked="" type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue </td> <td> <input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintäteknikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä? </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input checked="" type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintäteknikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
<input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input checked="" type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintäteknikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?			

Liite 3 Tutkimuslupahakemus (2/2)

Kohderyhmä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omalaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksiköiden määrä 1
Aineiston keruumenetelmä <input checked="" type="checkbox"/> Kysely <input type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödytvaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välttön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin desorientoituneen potilaan kivus arvioinnin kehittämisen <input type="checkbox"/> Ei välttönä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 12.3.2014  Opinnäytetyön tekijätekijät nimeselvennys Anna Tuukkala, Noora Pasuri		Päiväys HUS:n vastuhenkilö nimeselvennys

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (ks. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS	<input type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavien perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
	Tutkimusluvan alkamispäivä
	Tutkimusluvan päätympäivä
Päiväys	Päiväys
Tutkimusluvan myöntäjä nimeselvennys	Tutkimusluvan puoltaja HUS:issa nimeselvennys

Tarvittavat liitteet

- ☐ Opinnäytetyön suunnitelma ja selvitys opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
☐ Aineiston keruulomake
☐ Kysely/haastattelulomakkeen osatekijä

Lisäksi tarvittaessa

- ☐ Opinnäytetyötä suorittava muu henkilö
☐ Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
☐ Hakemus tietojen saamiseen/saajana pidettävistä asiakirjoista
☐ Valtioostous/ salassapito- ja käyttöoikeus
☐ Tutkittavien tiedote ja suostumus
☐ Eettisen toimikunnan lausunto
☐ STM:n lupa
☐ Henkilökästen seloste